

**Entwicklung und Aufbau
des Schulgesundheitsdienstes
in verschiedenen Staaten**

Walther Herzig

Druck: Anneliese Schubert, München 5, Corneliusstraße 21, Telefon 21777



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUS DER KINDERPOLIKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Professor Dr. G. WEBER

ENTWICKLUNG UND AUFBAU
DES SCHULGESUNDHEITSDIENSTES
IN VERSCHIEDENEN STAATEN

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig - Maximilians - Universität zu München

vorgelegt von

Walther H e r z i g

aus Marienbad - C S R

München 1958



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Privatdozent Dr. D. VOGT

Mitberichterstatter: Professor Dr. G. WEBER

Dekan: Professor Dr. K. KOLLE

Tag der mündlichen Prüfung: 4.11.1958

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite:
EINLEITUNG	5
I. GESCHICHTE DES SCHULÄRZTLICHEN DIENSTES.	
1. Europa (einschließlich Japan und Australien) bis zum ersten Weltkrieg.	7
2. Die Fortentwicklung des deutschen Schulgesundheitsdienstes seit dem ersten Weltkrieg.	24
3. Die Entwicklung des Schulgesundheitsdienstes in den Vereinigten Staaten.	29
4. Vergleiche.	33
II. GESETZE ÜBER DEN SCHULÄRZTLICHEN DIENST.	34
III. VERWALTUNG UND FINANZIERUNG.	43
IV. VERBREITUNG DES SCHULÄRZTLICHEN DIENSTES.	49
V. AUFGABEN DES SCHULARZTES.	53
1. Die Hygiene des Schulhauses.	53
2. Unterrichtshygiene.	56
3. Die schulärztlichen Untersuchungen.	61
4. Überweisung zur Behandlung und Einleitung von Fürsorgemaßnahmen.	69
5. Auswertung der Ergebnisse.	77
6. Vorschläge zur Gestaltung des schulärztlichen Programms.	78

	Seite:
VI. DER SCHULARZT	84
1. Stellung des Schularztes.	84
2. Ausbildung des Schularztes.	90
3. Schülerzahl pro Schularzt.	93
4. Praktische Beispiele.	95
5. Vergleiche und Folgerungen.	101
ZUSAMMENFASSUNG	114
LITERATURVERZEICHNIS	116

E I N L E I T U N G

Folgende Arbeit soll mit der Zusammenstellung des schulärztlichen Dienstes in verschiedenen Staaten ein Beitrag zur Jugendgesundheitsfürsorge sein. Durch die Absicht, die Notwendigkeit prophylaktischer Maßnahmen im Kindesalter hervorzuheben, wurden auch Gebiete der Gesundheitsfürsorge eines nicht schulpflichtigen Kindes gestreift.

Seit die prophylaktische Medizin laufend an Bedeutung gewinnt, besteht die Frage, wer am besten geeignet ist, die Gesundheitsfürsorge im Kindesalter durchzuführen. Die Vielfalt der vorbeugenden Maßnahmen, die mit dem Wachstum des kindlichen Organismus und seiner besonderen Ansprüche in Zusammenhang stehen, werfen die Frage auf, wieweit der Kinderfacharzt oder ein sonst besonders vorgebildeter Arzt diese Tätigkeit ausführen sollte.

Trotzdem ich mir bewußt bin, daß die Stellungnahme zu diesem Fragenkomplex eine große Erfahrung voraussetzt, habe ich mich bemüht, mir an Hand von Literatur und aus Diskussionen ein Urteil zu bilden. Mein Interesse für dieses Gebiet entstand durch die Tätigkeit meiner Mutter, die als Ärztin längere Zeit schulärztliche Untersuchungen und Mütterberatung durchführte.

Mein Wunsch, aus diesem Gebiet eine Dissertation zu schreiben, wurde mir von Herrn Professor WEBER erfüllt, dem ich für die Überlassung des Themas herzlich danke. Ebenso gilt mein Dank Herrn Dozent Dr. VOGT, der mir bei der Ausarbeitung der Literatur und der Zusammenstellung mit großer Geduld behilflich war.

Meiner Mutter danke ich, daß sie mir das Studium ermöglichte und mir während der Arbeit als Kollegin und Kameradin zur Seite stand. Ihr widme ich meine Arbeit.

I. G e s c h i c h t e des schulärztlichen Dienstes.

1. Europa (einschließlich Japan und Australien) bis zum ersten Weltkrieg.

Die Forderung nach einem ärztlichen Einfluß an den Schulen war die Folge hygienischer Mängel an den meisten Lehranstalten. Die Beseitigung dieser Mängel wurde von einer besonders im Kampf gegen die Infektionskrankheiten bewährten Ärzteschaft im vorigen Jahrhundert angestrebt. Ein Blick auf die Entwicklung des Schulwesens von den frühgeschichtlichen Bildungsstätten, in denen Jugendlichen einer ausgewählten Schicht Unterricht erteilt wurde, bis zur Einführung der allgemeinen Schulpflicht für alle Kinder, zeigt, wie diese Misstände mit Erweiterung des Schulwesens zusammenhängen.

In Deutschland ist die klösterliche Erziehung bis in das 4. Jahrhundert zurückzuverfolgen. (82) Je größer der Kreis der Kulturträger wurde, umso mehr erweiterten sich die Bildungsstätten, standen aber bis in die Neuzeit nur einem beschränkten Kreis der Bevölkerung offen. Historisch von Interesse ist die karolingische Schulordnung und die Errichtung von Stadtschulen in Lübeck 1262, in Breslau 1267 und in Hamburg 1281, denen bald solche in Nordhausen, Weimar, Stettin und Leipzig folgten. Einen weiteren Aufschwung nahm das Schulwesen durch Humanismus und Reformation, bis die allgemeine Schulpflicht, die 1763 in Preussen und 1770 in Bayern eingeführt wurde, der Schule in den letzten zwei Jahrhunderten das Gepräge gab. (9, 37, 56, 82, 89)

Daß es dabei nach unseren Begriffen zu Mißständen kam, berichtet LEUBUSCHER (82). Es gab in Preussen am Ende des 18. Jahrhunderts noch viele Schulen, die nur aus einer Stube bestanden. In dieser wohnte der Schulmeister mit seiner Familie, seinen Hühnern und sonstigen Haustieren. In derselben betrieb er sein Nebengeschäft: Weberei, Schneiderei usw. In Österreich waren an manchen Orten Hirten und Nachtwächter im Besitze des Schulamtes. Anderorts gab man ausgedienten Offizieren der Armee die Schulmeisterposten.

Aus dem 19. Jahrhundert finden wir Berichte über unzulängliche Beleuchtung, sei es aus Mangel an großen Fenstern oder aus Sparsamkeit an Beleuchtungskörpern, sowie über ungenügende Durchlüftung, da die Fenster zur Ersparnis von Heizmaterial nur selten geöffnet wurden. Daß das Festhalten der Kinder in diesen zum Teil sehr unzulänglichen Gebäuden über einen Großteil des Tages, wobei die Schüler mehr und mehr mit Wissensstoff beladen wurden, dem jugendlichen Organismus abträglich und schädlich war, zeigte sich in gesundheitlicher Beeinträchtigung, die sich in den ärztlichen Sprechstunden bemerkbar machte. Erst vereinzelt und bald auf Kongressen wurde für die Schulkinder eine hygienisch einwandfreie Umwelt in der Schule und im Unterricht gefordert. Aus den Unzulänglichkeiten der Schulen entstanden so Bestrebungen, die zur Lehre der Schulhygiene, getragen vom Schularzt, führten.

Klagen über mangelnde Rücksichtnahme auf die körperliche Entwicklung der Kinder und Forderungen zur Beseitigung der durch die Schule und ihr System entstandenen Mißstände finden sich bereits in den Schriften von LUTHER, CAMERARIUS im 16., RATICHUS, HELWIG und JUNGE im 17. und BASEDOW und seinen Freunden im 18. Jahrhundert. Die Engländer BACON und LOCKE, die Franzosen MONTAIGNE und ROUSSEAU, sowie der Schweizer PESTALOZZI forderten Reformen des Schulwesens. Die Stimmen zum Schutz der Gesundheit in den Schulen hatten aber fast keine Wirkung, weil der Sinn für hygienische Verhältnisse viel zu wenig entwickelt war. (13, 25)

Das erste größere Werk über Schulhygiene erschien im Jahre 1780 bei Schwann in Mannheim. Sein Verfasser, der hochfürstliche Speyersche Geheimrat und Leibarzt Johann Peter FRANK (1745 - 1821), kann somit als Begründer der Schulhygiene angesehen werden. Im zweiten Band seines "S y s t e m s e i n e r v o l l s t ä n d i g e n m e d i z i n i s c h e n P o l i z e y" fordert er die Gesundheitspflege der Jugend in den Schulen. Er diskutiert das für den Schulbesuch geeignete Alter, bringt Forderungen über die Eigenschaften und Erfordernisse der Schulgebäude und Vorschläge über die Regelung von Luft und Licht in den Schulräumen. Außerdem nimmt er Stellung zur Bankfrage, zur Einteilung des Unterrichts und zur Zweckmäßigkeit verschiedener Strafen (27) Betrachtet man die Literaturangaben von

FRANK, so sieht man, daß die Frage der Schulhygiene damals schon von recht weiten Kreisen behandelt wurde.

Durch die politischen Verhältnisse am Ende des 18. Jahrhunderts traten diese Sorgen jedoch hinter größeren zurück. Erst als durch ständige Steigerung der Anforderungen, besonders an den höheren Schulen, den Schülern jener Anstalten kaum noch eine Freizeit zur Verfügung stand, und als der langjährige Leiter des höheren Schulwesens in Preussen, Johannes SCHULZE, für diese Schulen die Devise "Arbeiten oder untergehen" aufstellte, kam es erneut zu heftigen Debatten. (87)

Da erschien im Jahre 1836 die Schrift des Regierungs- und Medizinalrates Dr. Karl Ignaz LORINSER aus Oppeln, "Z u m S c h u t z e d e r G e s u n d h e i t i n d e n S c h u l e n", in der die Vielheit der Unterrichtsgegenstände, der Unterrichtsstunden und der häuslichen Arbeiten angeprangert wird. Die erste sei vorzüglich zur Verwirrung und Abstumpfung des Geistes geeignet, die zweite halte die naturgemäße Entwicklung des Körpers zurück und die dritte verhindere, daß die beiden ersten Wirkungen außerhalb der Schulen aufgehoben würden. (61)

Diese Schrift rief großes Aufsehen hervor und löste eine lebhaft Polemik aus, so daß an die 70 Streitschriften für und wider LORINSER erschienen. Aber nur wenige wirkliche Besserungen waren die Folge. So erließ Baden 1841 eine Verordnung, wodurch sämtliche Physikate zur sanitätspolizeilichen Beaufsichtigung der Schulen in den Städten und Landgemeinden angewiesen wurden. In den nächsten Jahren folgten viele Schriften, ohne jedoch größeren Einfluß auszuüben; genannt seien z.B.:

SCHRAUB : Die sanitätspolizeiliche Beaufsichtigung der Schulen und des Unterrichts. Halle 1859

SCHNUERMAYER: Handbuch der medizinischen Polizei. 1848

SCHREBER: Ein ärztlicher Blick in das Schulwesen. 1858

BEGE: Die Kurzsichtigkeit in ihrer Beziehung zur Lebens- und Erziehungsweise der Gegenwart und als Gegenstand der Staats- und Sanitätspolizei. Dresden 1845

RUETE: Untersuchungen über Augenkrankheiten bei Schulkindern. 1866

1866 hatte in Berlin die Hufeland'sche medizinisch-chirurgische Gesellschaft die hygienischen Verhältnisse in den Schulen einer allgemeinen Diskussion unterworfen. Die acht aufgestellten Thesen wurden an fünf Berliner Lehrervereine zur Stellungnahme übersandt. Angenommen von allen Lehrervereinen wurden:

Punkt 1, daß die Schule ein Infektionsherd sei.

Punkt 4, der Wegfall des Nachmittagsunterrichts im Sommer an Schulen größerer Städte.

Punkt 5, rationeller Turnunterricht.

Punkt 6, Sorge für den Fortfall aller durch Subsellien, mangelhafte Beleuchtung, schlechte Ventilation, Einflüsse von Zugluft, Desinfektionsmangel etc. bedingten Schädlichkeiten.

Punkt 7, Regelung der Ansprüche an die häuslichen Arbeiten der Schüler und

Punkt 8, Beschränkung der Schülerzahl in einem Klassenraum.

Nur bedingt gut geheißen wurde

Punkt 2, der die Hinausschiebung des schulpflichtigen Alters auf das 7. Lebensjahr vorsah.

Abgelehnt wurde

Punkt 3, die Schulen im Winter erst um neun Uhr beginnen zu lassen. (98)

Von einem Schularzt war jedoch noch nicht die Rede.

1868 forderte FALK die sanitätspolizeiliche Überwachung aller höheren und niederen Schulen und will die ärztliche Schulaufsicht dem Kreisphysikus unterstellen. (Leipzig 1868, 24)

1869 verfaßte VIRCHOW, veranlaßt durch einen Auftrag des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, eine Schrift über "Gewisse, die Gesundheit benachteiligende Einflüsse der Schulen." Er stellt die Forderung auf, die öffentliche Gesundheitspflege in den Schulen mit allem Zubehör in die Hand sachverständiger Ärzte zu legen. (100)

Im Jahre 1877 erschien zum ersten Mal das Wort "Schularzt" in einer Schrift des Stuttgarter Arztes Dr. ELLINGER unter dem Titel: "Der ärztliche Landesschulinspektor, ein Sachverwalter unserer mißhandelten Schuljugend". (21)

Nun folgten Jahre des Kampfes der Ärzte um die Anerkennung ihrer Forderungen gegen lebhaften Widerspruch aus Lehrer- und Behördenkreisen. Ebenfalls im Jahre 1877 wurde von dem in Nürnberg tagenden hygienischen Kongreß die Frage des Schularztes erörtert und folgende These angenommen: "In allen Schulbehörden müssen neben den Verwaltungsbeamten und Mitgliedern der Vertretungen, welchen das Geldbewilligungsrecht zusteht, auch Schulmänner und Ärzte Sitz und Stimme haben." (82)

1881 forderte Dr. Hermann COHN, Breslau, ein Vorkämpfer der Schulhygiene, die Anstellung von Schulärzten, und zwar wollte er für 1000 Schulkinder einen Arzt mit diktatorischen Vollmachten. Besonders die letzte Forderung erregte einen scharfen Widerspruch bei der Lehrerschaft. (12, 52)

Ein Jahr später wurden auf dem 4. internationalen hygienischen Kongreß in Genf, auf welchem das Thema: "Über die Notwendigkeit der Einführung von Schulärzten in allen Ländern und über ihre Obliegenheiten" behandelt wurde, unter Mitwirkung von Dr. COHN 18 Thesen aufgestellt.

Da diese Thesen in mancher Hinsicht heute nicht an Bedeutung verloren haben und sie die Grundlagen zum Aufbau der Schulhygiene in vielen Ländern waren, will ich sie hier im Wortlaut bringen:

1. Vor allem ist eine umfassende staatliche hygienische Revision aller jetzt benützten öffentlichen und privaten Schullokale schleunigst notwendig.
2. Der Staat ernennt einen Reichs- oder Ministerialschularzt, welcher im Ministerium und für jede Provinz einen Regierungsschularzt, welcher im Regierungskollegium der Provinz Sitz und Stimme haben muß.

3. Bei Beginn der hygienischen Reform muß der Regierungsschularzt sämtliche Schulen seiner Provinz revidieren und unbarmherzig alle Klassen schließen, welche zu finster oder sonst der Gesundheit schädlich sind, falls sich nicht sofort ausreichende Verbesserungen ausführen lassen.
4. Die Schule kann die Gesundheit schädigen, daher muß jede Schule einen Schularzt haben.
5. Als Schularzt kann jeder praktische Arzt von dem Schulvorstand gewählt werden.
6. Der Schularzt muß Sitz und Stimme im Schulvorstand haben; seine hygienischen Anordnungen müssen ausgeführt werden.
7. Stoßen seine hygienischen Maßregeln auf Widerstand, so hat sich der Schularzt an den Regierungsschularzt zu wenden, welcher die Schule eventuell schließen kann.
8. Demselben Schularzt sind niemals mehr als 1000 Schulkinder zu überweisen.
9. Der Schularzt muß bei Neubauten den Bauplatz und den Bauplan hygienisch begutachten und den Neubau hygienisch überwachen. Seinen Anordnungen betreffs der Zahl, Lage und Größe der Fenster, der Heiz- und Ventilationseinrichtungen, der Klosetts, sowie der Subselien muß Folge geleistet werden.
10. Der Schularzt muß bei Beginn jedes Semesters in jeder Klasse alle Kinder messen und sie an Subselien plazieren, die ihrer Größe entsprechen.
11. Der Schularzt muß alljährlich die Refraktion der Augen jedes Schulkindes bestimmen.
12. Der Schularzt hat die Pflicht, in Zimmern, welche dunkle Plätze haben, die Zahl der Schüler zu beschränken, ferner Schulmobiliar, welches den Schüler zum Krummsitzen zwingt, und Schulbücher, welche schlecht gedruckt sind, zu entfernen.
13. Der Schularzt hat das Recht, jeder Unterrichtsstunde beizuwohnen; er muß mindestens einmal im Monat alle Klassenzimmer während des Unterrichts besuchen und besonders auf die Beleuchtung, Ventilation und Beheizung der Zimmer, sowie auf die Haltung der Kinder achten.
14. Der Schularzt muß bei der Aufstellung des Lehrplans zugezogen werden, damit Überbürdung vermieden werde.

15. Dem Schularzt muß jede ansteckende Erkrankung eines Schulkindes gemeldet werden. Er darf dasselbe erst wieder zum Schulbesuch zulassen, wenn er sich selbst überzeugt hat, daß jede Gefahr der Ansteckung beseitigt ist, und daß die Bücher, Hefte und Kleider des Kindes gründlich desinfiziert worden sind.
16. Der Schularzt muß, wenn der vierte Teil der Schüler von einer epidemischen Krankheit befallen ist, die Klasse schließen.
17. Jeder Schularzt muß über alle hygienischen Vorkommnisse und namentlich über die Veränderungen der Augen der Schüler ein Journal führen und es alljährlich dem Regierungsschularzt einreichen.
18. Die Berichte der Regierungsschulärzte kommen an den Reichsschularzt, der alljährlich einen Gesamtüberblick über die Schulhygiene des Reiches veröffentlicht. (12)

Frankfurt a. M. war die erste deutsche Stadt, die 1883 einen Schularzt anstellte. Ein Stadtarzt wurde mit der hygienischen Überwachung der Schulen betraut. Er hatte von Zeit zu Zeit die städtischen Schulen zu revidieren und auf bestehende Mißstände aufmerksam zu machen. (42)

Österreich hatte eine ärztliche Schulaufsicht durch die Sanitätsverwaltung, deren Ärzte die Schulen zu revidieren und über hygienische Mängel zu berichten hatten. In der Schulaufsichtsbehörde für Volksschulen saßen die k. u. k. Bezirksärzte, welche nach dem Gesetz über die Schulhygiene auch auf die Schulbauten Einfluß zu nehmen hatten. In der Schulaufsicht der Mittelschulen waren von Amts wegen keine Ärzte. Die Revision der Volksschulen konnte aber nur selten vorgenommen werden, da nur wenige Amtsärzte zur Verfügung standen. (12)

In der Schweiz existierte seit 1886 ein besoldeter Schularzt für die öffentlichen und privaten Schulen. Er besuchte jede Klasse mindestens vierteljährlich einmal. Etwa 12 000 Kinder waren ihm unterstellt. Außer diesem ämtlichen Arzte waren weitere Ärzte in jeder Schulkommision. In Lausanne war ein eigener Schularzt tätig. In anderen Kantonen war die Überwachung nur sehr mangelhaft.

In Frankreich war das Prinzip der schulärztlichen Inspektion seit 1879 eingeführt und durch ein Gesetz festgelegt worden. Die Inspek-

tionen waren noch sehr mangelhaft, existierten aber schon in vielen Städten und Kommunen.

Auch in Belgien waren die Schulinspektionen durch ein Gesetz eingeführt und den Ärzten der Wohltätigkeitsanstalten anvertraut worden. Auf dem Lande, wo die Zahl der Ärzte kleiner war, wurde der Armenarzt damit beauftragt. Da sich diese Einrichtungen nicht sehr bewährten, hatten einige Großstädte, wie Brüssel (1874), später Antwerpen und Löwen einen eigenen schulärztlichen Dienst organisiert. In Antwerpen waren vier Schulärzte, unabhängig von Spitälern und Wohltätigkeitsinstitutionen tätig. Sie wurden von den Kommunalbehörden und Unterrichtskommissionen eingesetzt und hatten 18 000 Kinder zu betreuen. Es war ihre Aufgabe, jede Woche alle Klassen ihres Reviers zu besuchen und dem Magistrat alles zu berichten, was sie unhygienisch gefunden hatten, sowohl betreffs der Lokale, als auch betreffs des Schulregimes. Sie hielten Vorträge vor den Lehrern über Hygiene, ansteckende Krankheiten und erste Hilfe. Sie revaccinierten die Zehnjährigen, schickten kranke Kinder nach Hause und untersuchten alle Schulanfänger.

In Ungarn hatte es sich eingebürgert, daß jede Mittelschule einen Schularzt, der zugleich Professor für Hygiene und Mitglied des Professorenkollegiums war, anstellte. Dieser Schularzt hatte Schule, Schüler, Lehrmethoden, Turnen, die Internate und Kosthäuser zu überwachen und darüber zu berichten. (12)

1888 kam die Frage der Schulhygiene bei dem internationalen hygienischen Kongreß in Wien wieder zur Sprache. Bezugnehmend auf die 18 Punkte aus dem Jahre 1882 wurde das Problem einer breiten Diskussion unterworfen, nachdem ein Generalarzt und Ministerialrat über jene Thesen, "welchen ein internationaler hygienischer Kongreß ohne jede Diskussion mit kaltem Blute zugestimmt hatte und welche das ganze heutige Schulwesen über den Haufen werfen würden", sein Mißfallen geäußert hatte.

Auch über die Ausbildung der Schulärzte wurde gesprochen und verschiedene Teilnehmer empfahlen eine Spezialausbildung in Schulhygiene, die in Form von Kursen den praktischen Ärzten ermöglicht werden soll-

te. Der Kongreß kam dann zur Aufstellung von 7 Thesen, die nun nach eingehender Diskussion von allen Beteiligten angenommen wurden:

1. Das Interesse der Staaten und der Familien erfordert eine dauernde Beteiligung sachverständiger Ärzte an der Schulverwaltung.
2. Zweck dieser Beteiligung ist, Gesundheitsschädlichkeiten des Schulbesuches und Unterrichts von den Schülern und Schülerinnen abzuhalten und auf eine gesundheitsförderliche Tätigkeit der Schulen hinzuwirken.
3. Mittel hierzu sind teils Gutachten, teils periodische Schulinspektionen unter Zuziehung der Schulvorsteher, besonders auch während des Unterrichts.
4. Vor allem ist eine staatliche hygienische Revision aller öffentlichen und privaten Schulen notwendig; die dabei gefundenen Mißstände müssen schleunigst beseitigt werden.
5. In jeder Schulkommission muß ein Arzt Sitz und Stimme haben.
6. Die hygienische Schulaufsicht ist sachverständigen Ärzten anzuvertrauen, gleichviel ob sie beamtete Ärzte sind oder nicht.
7. Von den vorstehenden Gesichtspunkten aus ist die Beteiligung sachverständiger Ärzte am Schulwesen in die in den einzelnen Staaten bestehende Organisation der Schulverwaltungen als integrierender Teil einzuführen. (12)

In den folgenden Jahren kamen viele Veröffentlichungen über Schulhygiene und schulärztlichen Dienst. Seit 1887 erschien eine eigene Zeitschrift für Schulgesundheitspflege.

Breslau folgte im Jahre 1888 dem Beispiel Frankfurts a.M. und stellte einen Arzt mit ähnlichen Befugnissen an. Leipzig führte 1891, Dresden und Zittau 1893, Nürnberg und Königsberg 1897 Schulärzte ein. Die Hauptaufgabe dieser Schulärzte lag auf dem Gebiete der Hygiene des Schulhauses und seiner Einrichtungen. Sie hatten von Zeit zu Zeit die Schulhäuser zu besichtigen, auf Reinlichkeit, Beleuchtung, Heizung, Ventilation, Schulbänke etc. zu achten. (82)

Wiesbaden kommt als erster Stadt das Verdienst zu, aus dem Schularzt den Schülerarzt gemacht zu haben, indem es im Jahre 1897

ein System nebenamtlicher Schulärzte aufstellte, deren Aufgabe es war, eine individuelle Überwachung der Schulkinder durchzuführen. (82)

Die am 13. Juni 1897 ergangene Dienstanweisung enthielt bereits alle Forderungen eines neuzeitlichen Systems:

Anlegung von Gesundheitsbogen, Reihenuntersuchungen, erst nur zu Beginn, später dreimal während der Schulzeit, Verbot der Behandlung etc. (42)

Im selben Jahr wurde in Dänemark in der Bürgervertretung von Kopenhagen ein Antrag auf Anstellung von Schulärzten gestellt, nachdem Axel HERTEL bereits im Jahre 1881 seinen Untersuchungsbericht über die Gesundheit der Kopenhagener Schulkinder veröffentlicht hatte, der zeigte, daß eine sehr bedeutende Anzahl von Schulkindern an einer Reihe ernstlicher Krankheiten litten. Von 30 000 ärztlich untersuchten Schülern waren 20 % der Buben und 41 % der Mädchen als kränklich bezeichnet worden. Der Vorschlag der Bürgervertretung wurde angenommen und am 1. April 1897 stellte man versuchsweise vier Schulärzte an, denen im nächsten Jahr vier weitere folgten. Im ersten Jahr wurde die Untersuchung der Kinder noch nicht systematisch durchgeführt, sondern umfaßte nur solche Kinder, bei welchen das Lehrpersonal Arzthilfe für nötig hielt. Aber bereits vom Jahre 1898 ab hatte man genaue Vorschriften für die Tätigkeit der Schulärzte ausgearbeitet, die dem Wiesbadener System folgten, jedoch mit der Abweichung, daß sich die Untersuchungen nur auf Schulkinder beschränkten und oft lediglich aus einer Begutachtung über den Gesundheitszustand des Kindes, sowie einer Untersuchung von Gesicht und Gehör bestanden. (45)

Ähnlich wie HERTEL in Dänemark hatte Axel KEY in Schweden im Jahre 1885 einen Bericht über die Untersuchungen von 11 210 Schülern aus Gymnasien und Realschulen veröffentlicht. Das Ergebnis war, daß 44,8 % der Schüler keinen normalen Gesundheitszustand aufwiesen. Dies bildete auch hier die Grundlage zur Aufstellung eines schulärztlichen Dienstes. (54)

Waren es bisher in der Hauptsache praktische Ärzte, die die Aufgabe der Schulhygiene und der Schüleruntersuchungen neben ihrer Praxis - bei zum Teil geringer Entlohnung - durchführten, oder Amtsärzte

oder Armenärzte, die sich wegen Überlastung nur am Rande mit der Schulhygiene befassen konnten, so stellte Mannheim im Jahre 1904 einen Schularzt im Hauptamte an. Im einzelnen hatte die Mannheimer Schulleitung den an die städtische Schulkommission gerichteten Antrag vom 29. Dezember 1903 wie folgt begründet:

1. Nur eine umfassende Beschäftigung auf dem Gebiet der Schulhygiene sichert die nötige Anteilnahme an den Fortschritten auf dem vielgestaltigen Gebiet der Schulhygiene.
2. Der schulärztliche Dienst kann nur dann regelmäßig versehen werden, wenn der Arzt von jeder Privatpraxis gelöst, seine ganze Arbeitszeit und seine ganze Arbeitskraft der Schule widmen kann.
3. Bei der Schwierigkeit der Medizinalstatistik nimmt der Wert der Feststellungen in dem Maße ab, als die Zahl der Bearbeiter und damit die Zahl der subjektiven Momente wächst.
4. Bei den außerordentlich zahlreichen Umschulungen infolge Wohnungswechsel innerhalb einer Großstadt ist die für die individuelle Hygiene so wichtige Kontinuität der gesundheitlichen Beobachtungen umso gesicherter, je weniger Personen an dem schulärztlichen Überwachungsdienst beteiligt sind.
5. Das Verhältnis zwischen dem Schularzt und den Privatärzten ist ein ungestörtes, wenn der vollamtliche Schularzt keine Privatpraxis ausübt. (59, 107)

Das Beispiel Mannheims machte Schule und weitere Städte, wie Ulm, Freiburg i.B., Halle etc. führten den Schularzt im Hauptamte ein.

Immer weitere Kreise interessierten sich für das Gebiet der Schulhygiene und die von L. KOTELMANN 1887 gegründete Zeitschrift für Schulgesundheitspflege hatte einen außerordentlichen Umfang erreicht; ein Anhang, 'der Schularzt', erschien zu jeder Nummer und berichtete über die Fortschritte der schulärztlichen Einrichtungen, über Neueinstellungen von Schulärzten und brachte Jahresberichte der bereits eingearbeiteten Institutionen.

1900 wurde durch die Bemühungen von GRIESBACH der deutsche Verein für Schulgesundheitspflege gegründet, dem eine

große Zahl von Medizinern, Pädagogen und Verwaltungsbeamten beitrug. Der Verein veranstaltete jährlich Zusammenkünfte in verschiedenen Städten Deutschlands und behandelte auf seinen Tagungen die jeweils aktuellen Fragen der Schulhygiene. Außerdem gab es noch örtliche Vereine, so den Stuttgarter, Berliner und Lübecker Verein für Schulgesundheitspflege. Auch im Ausland entstanden Gesellschaften für Schulhygiene und 1904 wurde der erste internationale Kongreß für Schulhygiene in Nürnberg unter lebhafter Beteiligung abgehalten. Weitere Kongresse folgten 1907 in London, 1910 in Paris und der vierte und letzte fand 1913 in Buffalo statt. (82)

In den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts erschien im Verlag Barth in Leipzig ein Handbuch für Schulhygiene, herausgegeben von L. BURGERSTEIN und A. NETOLITZKY. Bereits 1912 entstand die zweite Auflage (4) und 1914 gab Hugo SELTER im Verlag Steinkopf (Dresden und Leipzig) ein umfangreiches Handbuch über die deutsche Schulhygiene heraus. (82)

Immer mehr Schulen wurden von den schulhygienischen Einrichtungen erfaßt und immer neue Aufgabengebiete erschlossen. 1902 wurde im Staat Sachsen - Meiningen unter LEUBUSCHER eine staatliche Überwachung durch Ärzte in allen Schulgattungen eingeführt. 1910 folgte das Königreich Sachsen. Württemberg und Baden führten kurz vor Beginn des ersten Weltkrieges die Schulgesundheitspflege als staatliche Einrichtung ein. (19)

Am 10. Juli 1912 wurde in Württemberg der Oberamtsarzt durch Gesetz zum Schularzt gemacht. Dabei konnte er weitere Schulärzte anstellen und einzelne Gemeinden konnten ihre eigenen Schulärzte unter seine Aufsicht stellen. Seine Pflicht war eine jährliche Kontrolle der Schulhäuser; Reihenuntersuchungen wurden im 1., 7. und 10. Schuljahr durchgeführt und bei den höheren Schulen außerdem noch vor der Schulentlassung. Die Untersuchungen sollten sehr gründlich sein, man sah 7 Minuten pro Untersuchung vor, und die Höchstzahl der zu untersuchenden Kinder wurde auf 60 an einem Tage festgelegt. Außer den jährlichen Untersuchungen wurde die Schulsprechstunde eingeführt, in der auf Antrag der Lehrer oder Eltern Kinder außer

der Reihe untersucht wurden. Unter besonderer Kontrolle standen die Hilfsschulkinder und die Schüler, die bei Reihenuntersuchungen als kränklich befunden worden waren. (86)

In München hatte man sich in einer Versammlung des Ärztlichen Vereins am 20. Juni 1899 entschlossen, in der Schularztfrage einen abwartenden Standpunkt einzunehmen, bis eine reichere Erfahrung über die Einrichtungen des schulärztlichen Dienstes vorläge. Die Überwachung der Schulgebäude sollte jedoch hygienisch gebildeten Ärzten übertragen werden, wobei festgestellt wurde, daß dies in Bayern schon seit 95 Jahren der Fall wäre, da der Bezirksarzt nicht nur in jedem Falle die Begutachtung der Schulbaupläne, sondern auch fortlaufend oder wenigstens zeitweise die Beaufsichtigung der Schulen und Schulkinder durchzuführen habe.

Vier Jahre später stellte STERNFELD im Ärztlichen Verein fest, daß die Münchner Schulen in einem vorzüglichen hygienischen Zustand seien. Außerdem habe München auf der letzten Pariser Weltausstellung eine goldene Medaille für die Ausstellung seiner Schulgebäude erhalten. Bei einem Vergleich der Zustände in den Münchner Schulen mit dem in den Schulen vieler anderer Städte kommt er zu dem Schluß, daß in München keine dringliche Notwendigkeit zur Einführung der Schulärzte bestünde. Nur in den Hilfsschulen war ein psychiatrisch gebildeter Schularzt tätig, der bei Einweisung und Entlassung der Kinder aus dieser Schule mitzuwirken hatte. Da in Nürnberg, das als erste bayerische Stadt 1898 den schulärztlichen Dienst eingeführt hatte, noch nach vierundzwanzig Jahren Tätigkeit niemand sagen konnte, ob ein effektiver Nutzen erzielt worden wäre, entschloß man sich in München, die Einführung des schulärztlichen Dienstes von den Erfolgen in anderen Städten abhängig zu machen. (96)

1910 waren dann auch in vielen Städten Bayerns nebenamtliche Schulärzte tätig. Der inzwischen in den Münchner Volksschulen eingeführte schulärztliche Dienst hatte sich so bewährt, daß vom Münchner Ärztlichen Verein eine Forderung an das Ministerium gestellt worden war, auch an den bayerischen Mittelschulen den schulärztlichen Dienst einzuführen.

Dieses Bestreben war in München von vielen Mittelschullehrern unterstützt worden, da der Gesundheitszustand und die Unterbringung vieler höherer Schüler ungenügend war. Die Lehrerschaft wünschte sich damals für die Mittelschulen einen Schularzt, der nebenbei als Mitglied des Lehrerkollegiums unterrichten und ganz zum Lehrkörper einer Schule gehören sollte. (19)

Der Wunsch des Ärztlichen Vereins wurde erfüllt und 1912 wurden an den bayerischen Mittelschulen Schulärzte im Nebenamt eingeführt.

1914 hatten von den 48 deutschen Städten mit einer Bevölkerung von über 100 000 alle schulärztliche Einrichtungen. In Breslau, Charlottenburg, Chemnitz, Dresden, Halle, Krefeld, Mülheim a.R., Nürnberg, Plauen und Stuttgart existierten Schulärzte für die Volksschulen, mittleren und höheren Schulen. In Berlin - Schöneberg, Danzig, Duisburg, Düsseldorf, Frankfurt a.M., Karlsruhe, Kassel, Königsberg, Mannheim, Strassburg und Wiesbaden waren für die Volks- und Mittelschulen Schulärzte bestellt, während in den übrigen Städten entweder keine städtischen Mittelschulen waren oder diese keine Schulärzte hatten. Hauptamtliche Systeme hatten 10, nebenamtliche 36 und gemischte 2 der 48 Städte. (78)

Auch der Aufgabenkreis der Schulgesundheitspflege erweiterte sich. So wurde der schulärztliche Dienst auf die Kontrolle und Behandlung der Zähne der Schulkinder ausgedehnt. Dies wurde teils durch private Zahnärzte durchgeführt, teils durch Schulzahnkliniken. Berlin hatte 1911 sechs Schulzahnkliniken, ebenso hatten Charlottenburg, Potsdam, Freiburg i.B., Essen etc. gutgehende Zahnkliniken, wie sich überhaupt fast überall eine Tendenz zur Schulzahnklinik bemerkbar machte. (20, 95)

1907 wurden in Mannheim zum erstenmal Kinder durch die Schulkindfürsorge in Erholung geschickt; Frankfurt a.M. führte ein Schulsanatorium ein und auch hier schlossen sich viele Städte diesem Beispiel an. (91)

Die Schulschwester und Schulfürsorgerin wurde als Gehilfin des Arztes bei der körperlichen Untersuchung der Kinder angestellt.

Sie sorgte ferner für die Ausführungen aller sich daran knüpfenden Verordnungen und wohnte den Sprechstunden der Schulärzte bei. Bei Hausbesuchen war es ihre Aufgabe, Eltern über dringliche Maßnahmen aufzuklären und die Kinder einer entsprechenden Behandlung zuzuführen. Der Name Schulschwester wurde später in Schulpflegerin oder Schulfürsorgerin abgeändert, da sie in Verbindung mit der Fürsorge und einer genauen Kenntnis der Verhältnisse in den Familien der einzelnen Kinder, dem Arzt bei der Auswahl der für eine Fürsorgebehandlung bedürftigen Kinder half. (43, 60)

Charlottenburg führte 1908, Mannheim 1909 die Schulschwester ein.

Als weitere Gebiete der Schulfürsorge entstanden Schulspeisungen. Zur Förderung der Hygiene versuchte man in allen neuen Schulen Brausebäder einzurichten und auch in alten Gebäuden die Reinlichkeit durch Bade- und Duschgelegenheiten anzuregen.

Von den Nachbarstaaten Deutschlands war die schulärztliche Tätigkeit in Österreich nur auf wenige große Städte beschränkt und auch hier nicht auf alle Schulen ausgedehnt, so daß v. PIRQUET die Mithilfe seiner Assistenzärzte bei einer regelmäßigen und einheitlichen Untersuchung der Schüler an allen Mittelschulen Wiens anbot. Dies löste aber einen energischen Widerspruch bei allen praktischen Ärzten der Stadt aus. (106)

In Triest wurde 1911 eine schulärztliche Abteilung beim städtischen Gesundheitsamt eingeführt; ein Arzt wurde als Leiter im Hauptamte, acht weitere Ärzte im Nebenamt eingestellt. Sie hatten je 1750 bis 3750 Schüler zu überwachen. (49)

Italien berief 1913 einen Hygieniker in das Unterrichtsministerium, um einen Schulgesundheitsdienst vorzubereiten. In vielen großen Städten wurden Gesundheitsbeamte als Schulärzte angestellt: in Bergona, Bologna, Brescia, Genua, Mailand, Padua, Parma, Pavia, Rom, Turin und Venedig. (7)

In Frankreich, Belgien und Holland fand der schulärztliche Dienst ebenfalls weitere Verbreitung, besonders da diese Staaten zu jenen gehörten, die in ihren großen Städten schon sehr früh einen schulärztlichen Dienst eingeführt hatten.

In Kopenhagen waren zu den Schulärzten mehrere Schulschwestern angestellt worden. In Moskau waren 1910 für 320 Volksschulen mit 54 000 Kindern Schulärzte bestellt worden. Die Dienstanweisung folgte dem Wiesbadener System.

In Bukarest gab es seit 1908 einen geregelten Schulgesundheitsdienst, wobei zehn Ärzte in 48 Schulen etwa 20 000 Schüler regelmäßig überwachten. (8)

In England bildete der schulärztliche Dienst einen wichtigen Bestandteil der öffentlichen Gesundheitspflege, seit er 1907 durch ein Gesetz des Unterrichtsministeriums eingeführt wurde. In diesem wurde die ärztliche Untersuchung aller Schulneulinge entweder kurz vor oder kurz nach Einschulung verlangt. Die Verwaltung lag bei 317 lokalen Schulbehörden in England und Wales. In der Reichsschulbehörde wurde eine Medizinalabteilung gegründet und an ihre Spitze ein ärztlicher Direktor bestellt. (Chief Medical Officer) Zur Ausübung des schulärztlichen Dienstes wurden in jedem der 317 Bezirke von der jeweiligen lokalen Schulbehörde ein Schularzt bestimmt. (Medical Officer) In 252 Bezirken war der Amtsarzt zugleich Schularzt. 597 Amtsarzt-assistenten, davon 212 haupt- und 385 nebenamtliche, beteiligten sich außerdem am schulärztlichen Dienst. Insgesamt waren 973 beamtete Ärzte in der Schulgesundheitspflege beschäftigt, darunter 74 Ärztinnen. (16, 58)

In Australien wurde im selben Jahr in Sidney in Neu Südwesten eine Anordnung zur ärztlichen Beaufsichtigung der Schulkinder getroffen. Das Unterrichtsministerium im Staate Victoria ernannte 1909 drei ärztliche Schulinspektoren. Südaustralien begann im selben Jahr mit der ärztlichen Untersuchung der Schulkinder. In Westaustralien wurde 1906 vom Ministerium für öffentliche Gesundheitspflege mit Unterstützung des Unterrichtsministeriums eine ausgedehnte ärztliche Untersuchung von über 3000 Kindern durchgeführt. Tasmanien hat als erster australischer Staat eine Verordnung für regelmäßige Untersuchungen aller Schulkinder erlassen. (62)

Auch in Japan hatten sich mit der Erweiterung des Unterrichts und der allgemeinen Verbreitung der Schulen Schädigungen der Schüler

gezeigt, so daß 1891 ein Arzt mit der Erforschung der Hygiene in den Schulen Japans vom Unterrichtsministerium betraut wurde. Nachdem er in vielen Städten und Landgebieten die Schulen untersucht hatte und die mangelhafte Gesundheitspflege und die Gesundheitsschäden der Schüler dem Ministerium in einem Bericht unterbreitet hatte, wurde 1896 eine schulhygienische Kommission im Unterrichtsministerium gebildet. Ein Inspektor für Schulhygiene wurde als Mitglied in das Ministerium aufgenommen. Schulärzte waren aber schon seit 1893 versuchsweise in Tokio und Kobe durch die Stadtverwaltungen angestellt worden. 1898 wurde durch kaiserlichen Erlaß die staatliche Gesundheitspflege durch Anstellung von staatlichen Schulärzten eingeführt. 1900 waren für 7000 Schulen rund 3700 Schulärzte tätig, etwa zehn Jahre später fast 12 000 Schulen mit 6000 Schulärzten versorgt. (65)

2. Die Fortentwicklung des deutschen Schulgesundheitsdienstes seit dem ersten Weltkrieg.

Der erste Weltkrieg führte zu einem Stagnieren der Bestrebungen, den Schulgesundheitsdienst in allen Schulen einzuführen. Trotzdem konnte der schulärztliche Dienst auch in den vom Krieg hart betroffenen Staaten aufrecht erhalten werden. Das Ende des Krieges brachte Verelendung vieler Bevölkerungskreise mit sich, und es trat die Frage der Erholungsfürsorge besonders der Großstadtkinder in den Vordergrund.

Mehr noch als durch den Krieg wurde das Bestehen des schulärztlichen Dienstes durch die Inflation bedroht und von vielen Seiten wurde ein Stellenabbau und eine Einschränkung auf diesem Gebiet aus Ersparnisgründen gefordert.

Da sich aber in und nach der Inflation eine Zunahme der Krankheiten, besonders der Tuberkulose, in den Schulen bemerkbar machte und eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes vieler Schulkinder beobachtet wurde, konnte der Schulgesundheitsdienst an Hand dieser Tatsachen seine Aufgaben kaum einschränken. Schon 1925 ist wiederum ein Ansteigen in der Besetzung von Schularztposten festzustellen. Fast alle Schularztstellen werden jetzt im Hauptamte vergeben, wobei Kreisarztexamen und kinderärztliche Fortbildung vielfach erwünscht werden. Die nebenamtlichen Schularztstellen nehmen laufend ab. Viele Städte gehen vom nebenamtlichen zum hauptamtlichen System über.

Auf der Jahresversammlung des Vereins für Schulgesundheitspflege 1925 kam die zahnärztliche Versorgung der Schulkinder zur Sprache. Hier finden wir, daß sich die Schulzahnklinik in Deutschland fast überall durchgesetzt hatte. In Bonn war an einer gut durchorganisierten Zahnklinik die Arbeit soweit gediehen, daß nicht mehr langwierige Wurzelbehandlungen durchgeführt werden mußten und daß größere Kariesherde und die Sanierungsbedürftigkeit aller oder vieler Zähne die Ausnahme waren, sondern durch Früherfassung 92 % der Bonner Schulkinder als kariesfrei bezeichnet werden. (51)

1926 wurde das orthopädische Turnen als Behandlung für Haltungsverfall in das Schulgesundheitsprogramm aufgenommen.

Mit der Besserung der Ernährungs- und Wohnverhältnisse nahmen die Krankheiten und Unterernährung wieder ab. Der Schularzt konnte sich neuen Aufgaben zuwenden.

Hatte die Frage über die Schulreife und Schulfähigkeit eines Kindes bereits 1913 auf der Hauptversammlung des deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege zur Diskussion gestanden, so war es erst wieder STEPHAN aus Mannheim, der diese Frage zu einer theoretischen Erörterung im Jahre 1926 aufwarf, wobei zum ersten Mal der Begriff der Konstitution neben den Faktoren von Gewicht und Größe, Ernährung und Allgemeinzustand im Schulgesundheitsdienst erfaßt wurde. (92)

Ein Jahr darauf setzte sich COERPER (10) mit ähnlichen Problemen bei der Berufsberatung auseinander und FUERST (28) bringt eine kritische Betrachtung der Konstitutionsfrage, des Habitus und dessen Einwirkung auf die natürliche Berufswahl.

Mannheim hatte 1929 für seinen schulärztlichen Dienst einen ärztlichen Direktor, fünf Schulärzte im Haupt- und vier im Nebenamt, dazu acht Schulfürsorgerinnen. Dies dürfte etwa dem Stand des Schulgesundheitsdienstes in den meisten größeren deutschen Städten entsprechen. Reihenuntersuchungen, Klassenbesuche, Schüler-, Lehrer- und Elternsprechstunden, Erholungsverschickung, Schulspeisung, Zahnbehandlung und Gesundheitsunterricht gehörten vielfach zum Schulgesundheitsprogramm. Zur Behandlung wurden die Schüler den Hausärzten oder Fachärzten überwiesen. (90)

ZELLER (110) brachte 1931 als Stadtschularzt in Berlin ein Buch: "Zur Praxis der Schulgesundheitspflege" heraus, das eine genaue Anleitung für alle Gebiete des schulärztlichen Dienstes enthält. Ausführlich wird Form und Umfang der Reihenuntersuchungen, als Erst- und Kontrolluntersuchungen, behandelt. Die schulärztlichen Sprechstunden werden erwähnt und die pragmatische Tätigkeit des Schularztes im Hinblick auf die Schulkinderfürsorge wird besprochen. Schulhaushygiene, Infektionsbekämpfung und statistische Auswertung der Ergebnisse durch den Schularzt wird gefordert. Im Anhang finden sich eine Reihe Formulare, die für den schulärztlichen Dienst empfohlen werden.

In der 4. Auflage des Handbuches der Kinderheilkunde bringt SCHLOSSMANN (70) im Kapitel "Allgemeine Prophylaxe und Therapie der Kinderkrankheiten" Betrachtungen über Schäden, die durch die Schule zustandekommen. Er streift den Zusammenhang von Schulbank und Haltungsfehlern und kommt zu dem Schluß, daß die allgemeine Tendenz, der Schule einen negativen Einfluß auf den kindlichen Körper zuzuschreiben, nur in beschränktem Maße gelte und übertriebene Einschränkungen der Schulanforderungen zu einer Verweichlichung der Kinder führen würden.

Stadtschularzt STEPHAN aus Mannheim berichtet im Kapitel über Schulkinderfürsorge im selben Werk über die Einrichtungen des schulärztlichen Dienstes: Einschulung, Reihenuntersuchungen, Zurückstellung und Auslese erkrankter Kinder zur ärztlichen Behandlung und Fürsorgemaßnahmen. (70)

Die Schulgesundheitspflege in dieser Form war in fast allen Städten und in verschiedenen Landgemeinden eingeführt. Die kranken oder mit Fehlern behafteten Kinder waren zum größten Teil erfaßt, sei es durch die Einschulungsuntersuchung oder durch Fürsorgemaßnahmen aus der Säuglings- oder Kleinkinderzeit.

Verschiedene Schulärzte wandten sich dem Problem der Förderung des einzelnen Schulkindes in somatischer sowie psychischer Hinsicht zu. Jugendpsychologie, Jugendpsychiatrie und die Typenpsychologie von SIGAUD, KRETSCHMER und JAENSCH wurden von wissenschaftlich interessierten Schulärzten auf Verwendbarkeit bei den schulärztlichen Untersuchungen geprüft, nachdem man mit den verschiedenen Körperindices zu keiner vollkommenen Übereinstimmung gelangt war. (2, 5, 11, 40, 114)

Zu der Einteilung in Streckungs- und Füllungsperioden in der Entwicklung der Kinder nach STRATZ brachte ZELLER die Begriffe des ersten und zweiten "Gestaltwandels" und prüfte die Eignung dieser Einteilungen für den schulärztlichen Dienst. Die damit in Verbindung stehenden Fragen der somatischen und psychischen Faktoren der individuellen Schul- und Berufsreife wurden untersucht und verwertet. (111)

Vom Jahre 1933 ab trat im schulärztlichen Dienst neben die Konstitutionsbiologie die Rassenhygiene, die sich im Laufe der nächsten Jahre immer mehr in den Vordergrund schob. Später wurde die Schulgesundheitspflege mehr und mehr in den Dienst der Staatsjugendorganisation gestellt und wehrpolitische Gesichtspunkte gaben ihr das Gepräge. Die Verbreitung der Rassenhygiene in alle Volksschichten war der allgemeinen Hygiene förderlich, da mit der ersteren auch die letztere in Kreise getragen wurde, denen der Begriff Hygiene unbekannt war.

Das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitsdienstes von 1934, in dem auch eine Regelung des Schulgesundheitsdienstes enthalten ist, führte anfangs zu einer Intensivierung des schulärztlichen Programms, besonders in vielen Landgemeinden, bald aber zogen Aufrüstung und Wehrpolitik Interesse und Geldmittel durch zentral gelenkte Staatspolitik vom Gesundheitsdienst ab. (38)

Durch den zweiten Weltkrieg kam die Schulgesundheitspflege fast völlig zum Erliegen, da Ärztemangel und totaler Krieg nur für die Wehrfähigkeit der Jugendlichen Interesse aufbringen ließen.

Nach dem Zusammenbruch 1945, der durch den "totalen Krieg" und die völlige Besetzung und Aufteilung des Landes weit katastrophalere Auswirkungen als das Ende des ersten Weltkrieges hatte, war auch die Schulgesundheitspflege völlig zerstört und mußte in mühsamer Kleinarbeit wieder aufgebaut werden. Genau wie früher waren es die großen Städte, deren Schulgesundheitsdienst zuerst funktionierte. Fürsorgemaßnahmen für unterernährte Kinder waren dringend erforderlich und es reichten die Plätze, die zur Verfügung standen, nicht aus. Trotzdem zeigt ein Vergleich von Gewichts- und Größenbestimmungen, daß die Hungerschäden nach diesem Krieg wesentlich weniger nachhaltig als nach dem ersten Weltkrieg waren. HAGEN (38) führt dies auf die kürzere Dauer der Hungerperiode zurück.

Da das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitsdienstes auch nach Kriegsende Gültigkeit behielt und die Schulgesundheitspflege somit in ihrem Ausmaß ungefähr festgelegt war, ging der organisatorische Aufbau des schulärztlichen Dienstes rasch vor sich.

Während sich der Gesundheitszustand der Schulkinder nach der Nahrungsreform und durch den wirtschaftlichen Aufschwung besserte und die Ernährung der meisten Schulkinder als günstig bezeichnet werden mußte, konnte der deutsche Staat die Kriegsschäden an den Schulgebäuden bis heute nicht beheben. Schichtunterricht, überbesetzte Klassen und mangelhafte Schulhäuser stellen ein ernstes hygienisches Problem dar.

1951 erschien in Wien ein Buch über Schulhygiene, das in Anlehnung an die Handbücher gehalten ist. Es ist vom Verfasser als Anregung für neue Forschungen zum Wiederaufbau und Neubau von Schulen, sowie als Unterlage für Schulärzte und Lehrer gedacht. (37)

HAGEN hat 1953 eine Übersicht über "Die Gesundheitsfürsorge im Kindesalter im In- und Auslande" veröffentlicht, worin auch der schulärztliche Dienst einzelner Staaten eine kritische Betrachtung findet. (38)

Um sich ein Bild von der deutschen Nachkriegsjugend zu entwerfen, haben sich in Deutschland Ärzte, Psychologen und Fürsorgereinen zu einer Gemeinschaft für Kinderuntersuchungen zusammengefunden. Untersuchungen an Schulkindern wurden in sechs verschiedenen Orten der Bundesrepublik durchgeführt. Mittel wurden vom Marshallplan zur Verfügung gestellt. Bei diesen Untersuchungen sollten die kinderärztlichen, konstitutionsmedizinischen, soziologischen und psychologischen Gesichtspunkte vereinigt zu der Erforschung der Gesamtpersönlichkeit des Kindes führen. Diese Arbeit soll neben ihrer wissenschaftlichen Bedeutung Anregungen für den schulärztlichen Dienst bieten und Methoden, die sich als geeignet erweisen, können später in den schulärztlichen Dienst übernommen werden. Die ersten Ergebnisse wurden bereits veröffentlicht. (11)

Es bestehen also auch heute noch Bestrebungen, den schulärztlichen Dienst zu verbessern. Wenn diese Versuche auch meistens nicht vom Träger des schulärztlichen Dienstes ausgehen, dürfte die Entwicklung noch nicht abgeschlossen sein.

3. Die Entwicklung des Schulgesundheitsdienstes in den Vereinigten Staaten.

In den Vereinigten Staaten wurde 1872 in Elmira NY. ein Gesundheitswächter von der Erziehungsbehörde wegen der Überhandnahme der Pocken eingesetzt. 1894 wurden in Boston 50 ärztliche Besucher ernannt, welche die Schulen täglich besichtigten und die Kinder untersuchten, von denen die Lehrer annahmen, daß ihnen etwas fehlen könnte. 1897 folgte New York City diesem Beispiel und ernannte 134 Ärzte zu diesem Zweck. Ein Jahr später waren es bereits 300 Ärzte, wobei vier Schulen mit etwa 5000 Kindern der täglichen Aufsicht eines Arztes unterstellt waren. Jede Woche sollte einmal eine eingehende Untersuchung aller Schulkinder durchgeführt werden.

1899 verlangte der Staat Connecticut, daß alle Schulkinder von ihren Lehrern über Sehvermögen geprüft würden und im Jahre 1905 waren viele Schulärzte an der Aufdeckung von Fehlern in den Schulen beteiligt. (55, 74, 96)

Als Boston, Philadelphia und New York Schulärzte anstellten, war der Grund dazu die Verbreitung und Stärke der Infektionskrankheiten, wie Diphtherie und Scharlach mit ihren hohen Mortalitätsziffern. Krankheiten, die durch Unsauberkeit bedingt waren, wie Scabies, Impetigo, Pediculosis und Mikrosporie waren in den amerikanischen Schulen alltäglich. Die Aufgabe der Schulärzte war es, allmorgentlich die Schulen zu besichtigen, die Schüler zu mustern und alle, die mit Infektionskrankheiten behaftet, oder deren verdächtig waren, nach Hause zu schicken. 1910 arbeiteten 1194 Schulärzte auf diese Weise in den Schulen der Vereinigten Staaten.

Bei diesen Kontrollen fanden die Schulärzte auch viele Schulkinder, die zwar nicht an Infektionskrankheiten litten, aber wegen anderer körperlicher Mängel oder Leiden behandlungsbedürftig waren. Besonders die Musterungen im ersten Weltkrieg brachten viele körperliche Defekte bei den Rekruten zu Tage und die Untauglichkeitsziffer war hoch. Daraus zog man den Schluß, daß vieles durch eine frühere Erfassung gebessert hätte werden können und man entschloß sich, alle

Schulkinder mehrmals während der Schulzeit ärztlichen Musterungen zu unterziehen. Verschiedene Staaten brachten Gesetze heraus, die manchmal sogar jährliche Kontrollen der Kinder verlangten. Da aber nur wenige Schulbezirke genügend Schulärzte zur Verfügung hatten, um ein solches Programm gründlich durchzuführen, wurden die Kinder, um dem Gesetz zu genügen, zu Hunderten an den Ärzten vorbeigeschleust, die nur die augenfälligsten Fehler festhalten konnten.

Mit der Zunahme des Einflusses der "American School Health Association" in den Jahren um 1930 wurden diese Verhältnisse gebessert. Es wurde eine genaue körperliche Untersuchung aller Schulkinder gefordert. Mit der Verbreitung dieser Forderung nahm auch das allgemeine Interesse zu, und viele Veröffentlichungen befaßten sich mit Nutzen, Notwendigkeit und Sinn der schulärztlichen Untersuchungen. Die Kritik führte soweit, daß viele Schulen in den Jahren der Wirtschaftsdepression ihren Schulgesundheitsdienst wegen Finanzierungsschwierigkeiten einstellen mußten. Es tauchten auch in Fachkreisen Zweifel an der Nützlichkeit auf, wenn nur die Fehler festgestellt würden, ohne daß man bei den Kindern und Eltern den Wunsch zur Beseitigung dieser Fehler wecke.

Die Schulschwester, die bei der Verhütung und Isolierung ansteckender Krankheiten schon früh mit dem Schularzt zusammen oder an vielen Schulen sogar allein gearbeitet hatte, wurde auch hier die Assistentin des Schularztes und ihre besondere Aufgabe war die Kontaktaufnahme mit den Eltern, um diese zur Durchführung der vorgeschriebenen Maßnahmen zu bewegen. Oft schien dies aber nicht von Erfolg begleitet gewesen zu sein und eine neue Richtung im schulärztlichen Dienst wollte den Schularzt neben seiner Aufgabe der Untersuchungen der Kinder zu einem Gesundheitserzieher machen. Der Arzt sollte die Untersuchungen der Kinder diesen, sowie den anwesenden Eltern zu einem "überzeugenden erzieherischen Erlebnis" werden lassen. Der Schularzt sollte sich Zeit nehmen, "sein Interesse, seine Besorgnis und seine Freundschaft jedem Schulkind so zu zeigen, wie er es seinen besten Freunden oder Privatpatienten gegenüber zu tun pflege".

Durch den zweiten Weltkrieg kam es wiederum zu einer Änderung in der Ansicht über den Schulgesundheitsdienst. Um den Ärztemangel während des Krieges auszugleichen, wollte man nicht wiederum zu der Schnellinspektion aller Schulkinder zurückkehren, sondern gab der Schulschwester einen größeren Aufgabenkreis, indem man es ihr und der Lehrerin überließ, die Schulkinder zu sichten und nur diejenigen den Schulärzten vorzustellen, bei denen sie eine genaue ärztliche Untersuchung aus körperlichen oder seelischen Gründen für notwendig hielten.

Um dieses Programm erfolgreich zu gestalten, erhielten die Lehrer (innen) Kurse in Gesundheitslehre, über Körperverfassung, psychische Reaktionen gesunder und kranker Kinder und über Entwicklung und Wachstum während des Schulalters. Besonders Seh- und Hörproben, Messen und Wiegen wurden vielfach von der Lehrerin durchgeführt. Man wollte sie "das ganze Kind" entdecken lassen, so daß sie neben der Einstellung auf die Erziehung und Bildung ein Kind körperlich und seelisch beurteilen lerne und so die Zusammenhänge zwischen psychophysischem Zustand, Lernbereitschaft und Bildungsfähigkeit der Kinder erkennen könne. Die Lehrerbildungsanstalten nahmen in ihr Lehrprogramm Kurse über Wachstum und Entwicklung, sowie der körperlichen und seelischen Hygiene des Kindes auf. Psychologie wurde an den Lehrerbildungsanstalten besser als an den "Medical Schools" unterrichtet.

Viele Vorteile haben beträchtliche Stimmen für die Beibehaltung dieses Systems gewonnen. Der Schularzt sollte nur mehr die Kinder untersuchen, die von Lehrerin oder Schulschwester vorgestellt werden. Man versucht, dem Schularzt die Rolle eines "Medical educational Consultant" zu geben, ihn zu einem Arzt zu machen, der Consiliarius der Schule ist und der von Lehrern und Schulschwestern zu Beratungen beigezogen wird.

Dazu kommt die Tendenz, neuerdings den Haus- und Familienarzt mehr in das Gesundheitsprogramm der Schule einzuspannen. Alle Kinder werden aufgefordert, sich von ihrem Arzt untersuchen zu lassen und einen Befund in die Schule mitzubringen.

gen. Der Schularzt solle nur für die Kinder da sein, die ärztlicher Untersuchung bedürfen, aber entweder aus finanziellen Gründen oder Nachlässigkeit nicht zum Arzt gehen.

Im Gegensatz dazu forderte das "Committee on Professional Education" 1953 eine Intensivierung des schulärztlichen Programmes, eine besondere Ausbildung der Schulärzte und eine Erfassung möglichst aller Kinder durch haupt- und nebenamtliche Schulärzte. Diese theoretischen Erwägungen haben auf die Praxis noch keinen Einfluß gehabt. (14, 41, 55, 80, 83, 105)

4. Vergleiche.

Die ersten Forderungen einer schulärztlichen Überwachung gingen wohl überall mit der Zunahme des Schulbesuches und der Verbreitung der Schulen einher. Sie kamen zu einer Zeit, als in der zivilisierten Welt der Schulbesuch für alle Kinder möglich, bzw. zur Pflicht gemacht wurde. Diese Veränderungen fanden starke Beachtung: Kinder aller Volksschichten kamen über einen Teil des Tages zusammen, darunter solche aus hygienisch einwandfrei geführten Haushalten, die neben anderen aus weniger gepflegtem Milieu saßen. Eltern, die auf körperliche und seelische Hygiene in der Erziehung großen Wert legten, hatten nun keinen Einfluß mehr, ihren Kindern in den Schulen den Umgang mit anderen aus weniger gepflegten Kreisen zu verwehren. Auch auf die Erziehung in der Schule konnten sie nicht einwirken und hatten auf die Umgebungsgestaltung in den Schulen kaum Einfluß.

Die Probleme waren überall ähnlich, der Anlaß für die Forderung von Schulärzten war aber nicht immer der gleiche.

In Deutschland war es die Belastung der Schulkinder durch übermäßige Anforderungen im Unterricht, die zuerst den Anlaß zu einer Forderung von ärztlichen Kontrollen in den Schulen bot. Die Zunahme der Kurzsichtigkeit führte besonders die Augenärzte auf den Plan. Eine oft zwischen Elternhaus und einem autarken Schulsystem bestehende Kluft wurde durch diese Forderung noch vergrößert. Der Schularzt sollte sozusagen eine Vertretung der Eltern darstellen und für eine ausreichende Umgebungs- und Unterrichtshygiene in den Schulen sorgen. Jedenfalls wurde das Problem so angepackt, daß sich Schule und Lehrerschaft angegriffen fühlten und anfangs den Bestrebungen der jungen Schulhygiene mißtrauisch gegenüber standen. Es bedurfte daher langer Arbeit, um ein erquickliches Verhältnis bei der Zusammenarbeit zustandezubringen. Noch lange wurde der Schularzt vielerorts als Kontrahent der Lehrerschaft betrachtet. Der tiefere Grund scheint an der Eigenschaft zu liegen, Berufsfragen mit persönlichem Prestige zu verbinden. Die Schule wurde als ein Komplex betrachtet, der nur von berufenen Pädagogen geregelt werden könne und in dem Außenstehenden, wie z.B. den Eltern, ein Mitspracherecht nicht einzuräumen sei.

Diese Schwierigkeiten scheint es in den Vereinigten Staaten nicht gegeben zu haben. Dort stritt man sich weniger um persönliche Befugnisse und Zuständigkeiten, sondern kam in Übereinstimmung zu der Erkenntnis, daß die Infektionskrankheiten durch das Zusammenkommen vieler Kinder leichter verbreitet werden, daß es notwendig sei, die Schulklassen gefährdeter Bezirke laufend durch Ärzte untersuchen zu lassen. Der Grund, daß diese Einführung hier auf weniger Widerstand stieß, dürfte einmal damit zusammenhängen, daß die Schulen der USA nicht unseren amtlichen Charakter haben, sondern mehr als Kulturzentren der Gemeinden gelten und daß der Amerikaner eher zu Neueinführungen neigt, wenn begründete Anlässe dazu vorliegen.

Auch in der Weiterentwicklung findet sich Gemeinsames und Unterschiedliches. Es gab überall ähnliche Programme: Reihenuntersuchungen, Musterungen, zahnärztliche Fürsorge usw.

Während bei uns die Ausbreitung des Schulgesundheitsdienstes langsam und stetig vor sich ging und mit der Aufnahme neuer Einrichtungen eine gleichmäßige Entwicklung zeigte, waren die Veränderungen in den Schulgesundheitsprogrammen der Vereinigten Staaten viel sprunghafter. Man versuchte dort, sich jeweils schnell an Zeit und Gegebenheiten anzupassen. Unser System, das mehr und mehr vereinheitlicht und schließlich in einem Gesetz verankert wurde, wird in den Vereinigten Staaten durch die "Cooperation" ersetzt: Die verschiedenen Ansichten und Meinungen der an einem Schulgesundheitsprogramm beteiligten Persönlichkeiten - Ärzte, Erzieher und Eltern - führen zur Aufstellung bestimmter Richtlinien, die in einzelnen Gemeinden ganz verschiedene Ergebnisse bringen. Während auf dem Kontinent von Althergebrachtem nur zögernd gelassen wird, kann in den USA ein Programm, das heute volle Zustimmung hat, morgen schon verworfen sein. Darum ist es auch schwierig, aus den z.Zt. bestehenden Ansichten über den Schulgesundheitsdienst in den USA eine einheitliche Entwicklung festzustellen und eventuelle zukünftige Veränderungen vorauszusehen.

Bei uns ist es mit Reformen im schulärztlichen Dienst sehr ruhig geworden, die Schulärzte sind zu einem Teil Beamte und haben ihre

vorgeschriebenen Aufgaben, sie untersuchen und überweisen Schulkinder, sorgen für Zahnbehandlung und Erholungsmaßnahmen. Eine wesentliche Änderung dürfte nie rasch eintreten und es wird ziemliche Mühe kosten, eine Reform durchzuführen, falls man am heutigen System Mängel finden sollte. Ob Entwicklungsmöglichkeiten und -bedürfnisse bestehen, Vor- und Nachteile der einzelnen Programme, soll in den nächsten Kapiteln untersucht werden.

II. Gesetze

über den schulärztlichen Dienst

In Deutschland kam es nach langer Vorarbeit zu einer gemeinsamen gesetzlichen Regelung, als im Jahre 1934 das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens erlassen wurde.

Im Rahmen des Gesundheitsamtes wird auch der schulärztliche Dienst geregelt. (Reichsgesetzblatt I S. 531, erg. 794)

Mit dem schulärztlichen Dienst befassen sich die §§ 55 bis 58 der dritten Durchführungsverordnung vom 30. März 1935. (39) Sie haben folgenden Wortlaut:

§ 55 Gesundheitliche Beaufsichtigung der Schulen (auch Waisenhäuser, Kindergärten und ähnliche Einrichtungen).

Die Schulgesundheitspflege ist zur Jugendgesundheitspflege ausgestaltet als Pflichtaufgabe der Gesundheitsämter, und zwar von den in der Schulgesundheitspflege tätigen Ärzten der Gesundheitsämter.

Das Gesundheitsamt wacht darüber, daß die Schulgebäude und die dem Unterricht dienenden Einrichtungsgegenstände (Schulbänke usw.) den Anforderungen der Hygiene genügen.

§ 56 Der beamtete Arzt hat innerhalb eines in der Regel fünfjährigen Zeitraumes jede Schule seines Bezirkes abwechselnd im Sommer und Winter auf ihre Baulichkeit und Einrichtung, sowie auf den Gesundheitszustand der Schüler unter Zuziehung des Schulvorstandes und des Schularztes zu besichtigen. Der Leiter des Kreises, der Schulrat, bei Fortbildungs- und Fachschulen der Vorsitzende des Schulvorstandes, sind rechtzeitig vorher zu benachrichtigen. Das Gesundheitsamt hat rechtzeitig Neu- und Umbauten von Schulen anzuregen, wenn die vorhandenen Schulen den Anforderungen der Hygiene nicht mehr genügen und die Baupläne für Neu- und Umbauten rechtzeitig

zu prüfen. Zur Prüfung der Bauvorhaben hat der beamtete Arzt, soweit erforderlich, Ermittlungen an Ort und Stelle, insbesondere Besichtigung der Bauplätze vorzunehmen.

§ 57 Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen und in den Schulen.

Das Gesundheitsamt hat darüber zu wachen, daß der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen nach Möglichkeit vorgebeugt wird, und daß die gesetzlichen Vorschriften zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen genaue Beachtung finden. Vor Abgabe eines Gutachtens hat der Amtsarzt in der Regel eine örtliche Besichtigung vorzunehmen und zu prüfen, welche Maßregeln zur Verhinderung der Verbreitung der Krankheiten zu treffen sind. Ist eine Schule geschlossen worden, so hat der Amtsarzt sich im allgemeinen für die Wiedereröffnung auszusprechen, wenn die Schule oder Schulklasse und die dazu gehörigen Nebenräume gründlich gereinigt und entkeimt worden sind.

§ 58 Schulgesundheitspflege.

1. Der Amtsarzt hat darüber zu wachen, daß der schulärztliche Dienst einschließlich der Schulzahnpflege einwandfrei durchgeführt wird; die Schulärzte unterstehen der Dienstaufsicht des Amtsarztes. Dieser soll sich am schulärztlichen Dienst beteiligen, sofern es seine übrigen Amtsgeschäfte zulassen.

2. Zum schulärztlichen Dienst gehören:

- a) Reihenuntersuchungen, insbesondere bei der Einschulung und bei der Entlassung; Anlegung einer Kartei.
- b) Besondere Überwachung der Schüler, deren Gesundheitszustand fortlaufende Kontrolle erforderlich macht.
- c) Schulärztliche Sprechstunden für Eltern, Schüler und Lehrer.
- d) Herbeiführung gesundheitsfürsorgender Maßnahmen für die Schüler.
- e) Beratung und Belehrung der Lehrer in Fragen der Gesundheitspflege.
- f) Mitarbeit bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in den Schulen.

3. Das Gesundheitsamt hat auf die gesundheitliche Erziehung der Schüler ... hinzuwirken. Nach Möglichkeit sind auch Vorträge

der Schulärzte vor Lehrern, ferner für Schüler der oberen Klassen und für Eltern vorzusehen und anzuregen."

Die Schulgesundheitspflege an den Volksschulen Bayerns ist im Erlaß des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom 26.2.54 Nr. IV 4382 geregelt, der im Amtsblatt des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus Jahrgang 1954 Nr. 7 veröffentlicht worden ist. Es handelt sich hierbei um eine Dienstanweisung für die Gesundheitsämter zur Durchführung der Schuluntersuchungen an den Volksschulen. Die Anweisungen fundieren auf dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitsdienstes von 1934 und bringen detaillierte Vorschriften zur Ausübung des Schulgesundheitsdienstes.

Durch einen Ministerialerlaß des gleichen Ministeriums vom 27.6.49 wird der schulärztliche Dienst an den höheren Lehranstalten in Bayern geregelt. (Nr. VIII 37671) Dazu Ergänzung durch ME vom 21.6.51 Nr. III 2 - 5 118 a/16. Veröffentlicht im Amtsblatt des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus 1949 Nr. 15/118.

Im Benehmen mit dem Staatsministerium des Inneren trifft das Staatsministerium für Unterricht und Kultus mit Wirkung vom Schuljahr 1949/50 über den schulärztlichen Dienst an den höheren Lehranstalten unter Aufhebung entgegenstehender früherer Entschließungen folgende Regelung:

1. An jeder staatlichen höheren Lehranstalt bestellt die Regierung auf Vorschlag des Anstaltsvorstandes und des zuständigen Gesundheitsamtes einen Schularzt. In den Orten, die Sitz eines Gesundheitsamtes sind, sollen Ärzte des Gesundheitsamtes für den schulärztlichen Dienst an den höheren Lehranstalten verwendet werden, falls die Regierung die Übertragung dieser Aufgaben an einen Arzt des Gesundheitsamtes für angebracht hält. Die Ärzte der Gesundheitsämter üben diese Tätigkeit als Nebenbeschäftigung gegen Vergütung ... für die Gefolgschaftsmitglieder im öffentlichen Dienst aus.
2. Die Aufgaben des Schularztes bestimmen sich nach der in der Anlage 1 beigefügten Dienstanweisung
4. Die nichtstaatlichen höheren Lehranstalten haben entsprechend zu verfahren,

5. Die den Amtsärzten nach dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3.7.34 RGBI I 3531 u. §§ 55 - 58 der dritten Durchführungsverordnung hierzu vom 30.3.35 zugewiesenen Befugnisse und Obliegenheiten bei den Anstalten bleiben unberührt.

In Frankreich ist der Schulgesundheitsdienst ebenfalls durch ein Gesetz festgelegt. Das erste Gesetz erschien Ende des 19. Jahrhunderts. 1918 und 1936 wurde der Versuch unternommen, ein Gesetz einzuführen, was beidemal der Ablehnung verfiel.

Die Grundlagen für den heute bestehenden Schulgesundheitsdienst gehen auf das Gesetz von 1945 zurück, in welchem der Universitätsgesundheitsdienst zusammen mit dem Schulgesundheitsdienst verankert wurde. Die Arbeit steht unter der direkten Kontrolle des Erziehungsministeriums. Eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium ist auf gesetzlicher Grundlage gewährleistet. Die Schulärzte und Schulfürsorgereinen sind vom Erziehungsministerium angestellt. Das Gesetz schreibt eine regelmäßige ärztliche Untersuchung aller Schüler und Studenten vor, die Einrichtung von schulärztlichen Untersuchungsstellen und die Überwachung der Schulen in hygienischer Hinsicht. (38, 48)

In der Schweiz wurde 1930 eine eidgenössische und kantonale Verordnung erlassen, die allen Gemeinden vorschreibt, einen schulärztlichen Dienst einzurichten. (84)

In England liegt das erste Gesetz über den Gesundheitsdienst aus dem Jahre 1936 vor, wo ähnlich dem deutschen Gesetz eine grundlegende Regelung getroffen wurde; während aber in Deutschland die Ausführung den Durchführungsverordnungen, die dem Gesetz folgten, vorbehalten blieb, wurde in England durch das Gesetz in 347 oft sehr umfangreichen Paragraphen auf 215 Seiten des Gesetzbuches eine vollständige materielle Regelung vorgenommen.

Durch das Gesetz wird bei jeder unteren Verwaltungsbehörde, sei es Stadtkreis, Landkreis oder Hafen, der 'Council' dieser Behörde - etwa der Kreisausschuß - Stadtrat oder Magistrat mit der Durchführung beauftragt, also zum Träger des Gesetzes.

Das nächste Gesetz, das sich mit der Schulkinderfürsorge befaßt, ist der Erziehungserlaß (Education Act) von 1944. Der § 48 verlangt hier-

bei: " Die Schule ist verpflichtet, eine regelmäßige Untersuchung der Volks- und höheren Schüler durchzuführen. Auch bei allen anderen Schulgattungen ist der schulärztliche Dienst einzurichten. Für die Kosten hat der Träger der Schule aufzukommen."

Eine weitere gesetzliche Grundlage erfuhr der schulärztliche Dienst durch den nationalen Gesundheitserlaß 1946/49 (National Health Service Act). Der schulärztliche Dienst wird in Bezirke zusammengefaßt und Gemeinden mit 60 000 Einwohnern oder 7000 Schulkindern können die Übertragung des schulärztlichen Dienstes als selbständige Aufgabe verlangen. (17, 38)

In den Vereinigten Staaten ist das erste Gesetz über eine Untersuchung von Schulkindern 1899 vom Staate Connecticut erlassen worden. Im ersten Weltkrieg hatten bereits 24 Staaten Gesetze über den schulärztlichen Dienst. Bis zum zweiten Weltkrieg hatten 43 Staaten Statute, die die Untersuchung der Schulkinder auf körperliche und geistige Fehler entweder erlaubten oder verlangten. In 30 Staaten waren die Erziehungsbehörden, in 7 die Gesundheitsbehörden (davon in 11 beide Behörden gemeinsam) für die Ausführung dieser Verordnungen verantwortlich. Nur ein Staat hatte einen gesetzlichen Direktor für schulärztliche Kontrollen, obwohl in 5 anderen Staaten Angehörige des Staatsministeriums für Erziehung oder Gesundheit mehr oder weniger ausschließlich für dieses Gebiet arbeiteten.

Untersuchungen aller Schüler werden in 19 Staaten jährlich verlangt, alle zwei Jahre in 2 Staaten. Soweit es sich um Augen-, Ohren-, Nasen- und Mundkontrollen handelt, ist in 7 Staaten die Lehrerin verpflichtet, diese zu machen. Daß der Arzt allein die Untersuchungen durchzuführen hat, ist nur in 2 Staaten durch Gesetz festgelegt, in 4 Staaten muß es der Amtsarzt sein, während in 22 Staaten der Arzt nur als einer der möglichen Untersucher angeführt wird; so ist der Lehrer in 13 Staaten mit verantwortlich für die Untersuchungen, während in 2 Staaten die Schwester allein die Untersuchungen durchführen muß, in 11 anderen Staaten kann sie an den Untersuchungen teilnehmen.(74)

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß der Schulgesundheitsdienst heute in vielen Ländern durch Gesetze geregelt ist. Teils sind in diesen Gesetzen die Vorschriften genauer festgelegt, teils sind nur

Rahmengesetze vorhanden, die die Ausführung den lokalen Stellen mehr oder weniger überlassen. Die Gesetze sind gewöhnlich der Schlußpunkt einer längeren Entwicklungsperiode, manchmal stehen sie aber auch am Beginn. Sie haben Gutes, indem sie einmal Erworbenes festigen, so daß es nicht durch Einzelwillkür unterbleibt, sie haben aber auch Nachteile, indem sie der individuellen Ausgestaltung und Förderung hinderlich sein können. Schließlich kann die Tatsache, daß ein Gesetz vorhanden ist, zur Annahme führen, daß damit die Vollkommenheit erreicht sei und jede weitere Entwicklung gehemmt wird.

Je genauer die Gesetze festgelegt sind, um so eher wird die Mindestforderung gewahrt, um so weniger wird die Türe einer Bereicherung des Programms durch individuelle Initiative offen stehen.

Bestehen lockere Gesetze oder sind gar keine Vorschriften vorhanden, wird an vielen Orten nur ein dürftiges oder gar kein Programm entstehen; es wird jedoch hier einem persönlichen Einsatz aus Interesse und Verantwortungsbewußtsein die Möglichkeit einer Entfaltung offen stehen. Hierbei spielt die einem Volke innewohnende Denkweise und Einstellung zur Verwaltung eine Rolle, nämlich ob sie ein staatliches Lenken gewohnt ist oder ob man das Ideal in der eigenen, persönlichen Initiative sieht. Das erstere wird immer den Eindruck eines gut durchorganisierten Programmes geben, das letztere führt zum persönlichkeitsgebundenen Erfolg.

In den Vereinigten Staaten ist eine lückenhafte Gesetzgebung zu rechtfertigen, da dort ein Programm auch ohne gesetzliche Fundierung großzügige Unterstützung erlangen kann, wenn sich Persönlichkeiten für die Durchführung einsetzen. In Deutschland sind die meisten öffentlichen Angelegenheiten durch Gesetze geregelt. Die beschränkten Mittel werden von der öffentlichen Hand in erster Linie den Gebieten zugeteilt, die gesetzlich gefordert werden. Andere Programme müssen gewöhnlich zurückstehen. Sollte in Deutschland ein lückenloser Schulgesundheitsdienst als notwendig erachtet werden, wäre eine gesetzliche Regelung zu empfehlen, die

1. die Durchführung des schulärztlichen Dienstes sicherstellt,
2. für die Anstellung qualifizierter Ärzte sorgt,
3. einen Kostenträger bestimmt,

4. ausreichende Fürsorgemaßnahmen und Behandlungskontrolle sichert und
5. eine zweckmäßige Auswertung der ärztlichen Ergebnisse ermöglicht.

III. Verwaltung und Finanzierung

Es hat kaum einen Staat oder eine Staatsregierung gegeben, die aus der Erkenntnis der Notwendigkeit von sich aus den schulärztlichen Dienst in zentraler Leitung und Finanzierung eingeführt hätte. Es war privater Initiative von Ärzten und Schulmännern zu verdanken, daß einzelne Schulen oder Gemeinden den Schulgesundheitsdienst in eigener Verwaltung und mit eigenen Mitteln eingeführt hatten.

Die aus den Kommunen entstandene Schulgesundheitspflege entwickelte sich je nach Mentalität der Staatsorgane oder der Bevölkerung zu einer zentral verwalteten und finanzierten Form, oder es festigten sich die lokalen von öffentlicher oder privater Hand unterstützten Einrichtungen.

In Deutschland ging das Bestreben einzelner Staaten schon vor dem ersten Weltkrieg darauf aus, den Schulgesundheitsdienst durch zentrale Leitung und durch Gesetze zu festigen. So sei auf die Einrichtungen Sachsen-Meiningsens von 1902, die des Königreichs Sachsen von 1910 und die Württembergs von 1912 hingewiesen.

1934 wurde die Verwaltung in die Hand des Gesundheitsamtes gelegt und dem Amtsarzt die Einrichtung eines schulärztlichen Dienstes übertragen. Er wurde zur Fachaufsicht bestimmt und der Umfang der schulärztlichen Tätigkeit war ihm überlassen, soweit die Mindestforderungen der einzelnen Ausführungsbestimmungen erfüllt waren. Er fand für dieses Programm von Seiten des Staates keine gesicherte Finanzierung. Hier verließ man sich auf die Gemeinden oder einzelnen Schulen selber und forderte, daß die bis zu diesem Zeitpunkt bestehende Form der Finanzierung fortgeführt werde. Solange das Gesundheitsamt durch eine zentralistische Staatsregierung wirksame Unterstützung hatte, konnten auch im Haushalt die Mittel mit größerem Nachdruck vertreten und bereitgestellt werden.

Als nach dem Zusammenbruch im Anschluß an den zweiten Weltkrieg eine Kommunalisierung vieler Gesundheitsämter durchgeführt worden war, hatte dies zum Teil eine Aufwärtsentwicklung des nun von der

Gemeinde in eigener Verantwortung geleisteten Schulgesundheitsdienstes zur Folge, und besonders viele Großstädte haben sich wie bereits vor einem Vierteljahrhundert durch besondere Großzügigkeit ausgezeichnet. Demgegenüber glaubten jedoch manche Gemeinden in Besetzung und Umfang ihres schulärztlichen Dienstes Einsparungen durchführen zu können und beschränkten sich auf die Mindestforderungen des Gesetzes.

Es liegt in der Hand des jeweiligen Amtsarztes, eine Schulgesundheitspflege nach seinem Ermessen aufzustellen, wobei er durch die Finanzierung von Gemeinde, Landkreis oder Fürsorge und durch eventuelle Zuschüsse des Landes gebunden ist. (38, 39)

In Deutschland liegt die Verwaltung immer in der Hand des Gesundheitsamtes, wobei bei einem Kommunalgesundheitsamt die Stadt, bei einem staatlichen Gesundheitsamt die Länder für die Ausführung und Finanzierung verantwortlich sind. Ebenso sind die Schulärzte der städtischen Schulen dem städtischen, die der staatlichen Schulen dem staatlichen Gesundheitsamt unterstellt.

In München unterstehen die Schulärzte der städtischen und staatlichen Schulen verwaltungsmäßig dem städtischen Gesundheitsamt, während die Finanzierung des Schulgesundheitsdienstes an den staatlichen Schulen vom Land Bayern getragen wird.

In der Schweiz ist der schulärztliche Dienst kantonal geregelt. Es ist den einzelnen Kantonen überlassen, die Verwaltung selber zu übernehmen oder sie den Gemeinden zu überlassen. Ebenso liegt die Finanzierung entweder in den Händen der Kantone oder der Gemeinden.

Frankreich hat sich zu einer zentralen, straffen Verwaltung seiner Schulgesundheitspflege entschieden. Die Verwaltung schließt sich streng an die Organisation des Erziehungsministeriums an. Im Ministerium selbst befindet sich eine Direktion für die Schul- und Universitätsgesundheitspflege, die an der Spitze einen ärztlichen Direktor hat. Dem Erziehungsministerium unterstehen im französischen Mutterland 16 Akademien, die von einem Rektor geleitet werden. In jedem Rektorat befindet sich ein hauptamtlicher Schularzt mit dem Titel "Médecin Inspecteur Régional", der die regelmäßige gesundheitliche Arbeit in allen Schulen und der Universität seiner Akademie überwacht. Jede Aka-

demie ist in Departements aufgeteilt. In diesen wird das Unterrichtswesen von einem Schulrat, "Inspecteur d'Académie" vertreten, ihm ist ein hauptamtlicher Schularzt, "Médecin Départemental", und eine Fürsorgerin beigegeben, die die Arbeit der Schulärzte bzw. der Schulfürsorgerinnen der Departements überwachen. Die Schulärzte auf der untersten Verwaltungseinheit werden Sektorenärzte, "Médecin de Secteur", benannt und sind in allen Schulen eines Sektors tätig.

Der Zuschuß für die Schulgesundheitspflege betrug 1953 pro Volksschüler 320 Franken (Kurs 100 Fr. = 1.10 DM). Der Staat übernahm davon 50%, den Rest hatten Departement und Gemeinde mit je 25% zu übernehmen. Der Zuschußbedarf für die Schulgesundheitspflege der höheren Schulen, technischen Schulen und Universitäten betrug 500 Franken pro Schüler bzw. Student, davon bezahlte der Staat 200 Franken, der Rest mußte vom Schüler oder Studenten selber getragen werden. In den Berufsschulen wurden die Kosten für den Schulgesundheitsdienst restlos vom Staat übernommen. (48)

In England ist wie in Frankreich die Schulgesundheitspflege verwaltungsmäßig dem Erziehungsministerium unterstellt, die Ausführung wird aber den Gemeinden überlassen. Das Ministerium fordert in einem Erziehungserlaß, daß jede örtliche Erziehungsbehörde einen Schularzt anzustellen habe. Der Erziehungs- und auch der Gesundheitsminister haben empfohlen, daß der jeweilige Amtsarzt ernannt werden soll, was auch bis auf wenige Gemeinden durchgeführt worden ist. Der Amtsarzt kann als Schularzt je nach Anzahl der Schüler Stellvertreter bzw. Oberschulärzte ernennen. Nebenamtliche Schulärzte werden zur Mithilfe eingestellt, sie unterstehen den hauptamtlichen Kräften.

Die Finanzierung ist wie der ganze Gesundheitsdienst in England vom Staate geregelt. (105)

Seit 1944 wird auch in Schweden die schulärztliche Tätigkeit einheitlich durchgeführt. Die Leitung liegt in der Hand der zentralen Schulbehörde, bei der ein Schuloberarzt im Hauptamte angestellt ist; er ist Staatsbeamter, ist verwaltungsmäßig von der obersten Gesundheitsbehörde, dem Reichsamt für das Gesundheitswesen, völlig getrennt, hat aber nach einer Anweisung des kgl. Kabinetts in allen wesentlichen Fragen auf dem Gebiet der Schulhygiene mit dem Reichsgesundheitsamt

zusammenzuarbeiten. Daraus erhofft man sich eine enge Fühlungnahme zwischen den Schulbehörden und dem Schularzt, was zu einer besseren Zusammenarbeit führen soll.

Die Anstellung der Schulärzte ist allgemein nicht Staatsangelegenheit. Nur an den höheren Schulen, die fast ausschließlich staatlich sind, werden die Schulärzte vom Staat angestellt. In den übrigen Lehranstalten (Volksschulen und höheren Gemeindeschulen) wird der Schularzt von den örtlichen Erziehungsbehörden beschäftigt.

In den höheren staatlichen Schulen wird die Schulgesundheitspflege völlig aus Staatsmitteln bestritten. Darunter fallen Gehälter für Ärzte und Schwestern, Anschaffung von Instrumenten und Gebrauchsartikeln. Die Volksschulen und die höheren Gemeindeschulen erhalten vom Staat eine Unterstützung für die Schulhygiene, die sich auf etwa 50 % der Kosten für den Schularzt und die Schulschwester beläuft. Der Rest wird von den einzelnen Gemeinden getragen. Der Schularzt wird entsprechend der Schülerzahl, die er zu betreuen hat, entlohnt. (44)

In den Vereinigten Staaten ist die Verwaltungs- und Finanzierungsform der Schulgesundheitspflege am besten aus der Entstehung der Gemeinden und der Besiedlung des Landes zu verstehen. Während wir es in Europa mit ausnahmslos alten Staatsgebilden, einer Überbesiedlung und einer durch jahrhundertlange Tradition eingefahrenen Regierungs- und Verwaltungsform zentraler Art zu tun haben, entstanden die einzelnen amerikanischen Staaten aus kleinen Siedlergruppen, die lange Zeit die unterste und oberste Verwaltung ihrer Gegend stellten. Deshalb unsere Auffassung, daß ein Programm, wie das des Schulgesundheitsdienstes, nur durch staatliche Anerkennung und Leitung, durch Verankerung in Gesetzen und durch Finanzierung der Regierung bzw. des Staates durchgeführt werden kann und nur so eine Durchschlagskraft erhält. Gerade umgekehrt in den Vereinigten Staaten, wo man nur dort, wo es unvermeidlich ist, eine staatliche Lenkung der innerpolitischen Verwaltungsangelegenheiten duldet und aus allen Programmen die auf örtlicher Basis geregelt werden können, die Staatsgewalt heraushält. So entstand der Gesundheitsdienst aus einer allgemeinen Notwendigkeit - bedingt durch gesundheitliche Probleme,

die bei der Besiedlung auftraten - getragen von den einzelnen Gemeinden und vielfach von privaten Organisationen unterstützt. Der Gedanke der Hygiene wurde nicht durch staatliche Maßnahmen in das Volk hineingetragen, sondern entstand aus dem Volk heraus aus einem allgemeinen Bedürfnis zu einer gesunden Lebensweise und fand dadurch in allen Volksschichten weite Verbreitung.

Wenn auch die Schulgesundheitspflege, wie das Schulwesen überhaupt, Sache eines jeden Staates geworden und sogar in den mannigfachen gesetzgebungen dieser Staaten verankert ist, bleibt es immer die Gemeinde als unterste Verwaltungseinheit, oft durch Privatverbände unterstützt, die die Schulgesundheitspflege durchführt. Je nach Ansicht wird entweder die Gesundheitsbehörde oder die Erziehungsbehörde damit beauftragt, manchmal teilen sich beide in die Verwaltung, wobei Komitees gebildet werden, in denen Bürger, Gesundheits- und Erziehungsbehörde, freie Wohlfahrtsvereine oder andere Organisationen vertreten sind. Diese arbeiten das Programm aus, wobei man bemüht ist, keine Hilfsquellen der Gemeinde unbeachtet zu lassen. So nimmt es nicht wunder, wenn manchmal Betriebe in Form von Reklame Unterstützung an die Schulgesundheitspflege gewähren. (1, 6, 55, 105, 116)

1950 hatten von 3430 Städten in den USA mit über 2500 Einwohnern 2886 einen Schulgesundheitsdienst. Die Verteilung der Verwaltung und Finanzierung auf die verschiedenen Behörden und Organisationen ist aus folgender Tabelle ersichtlich.

Tabelle 1

Finanzierung und Verwaltung des Schulgesundheitsdienstes der USA
(nach Kilander, 55)

Verantwortl.:	Erziehungs-,	Gesundheitsbeh.	Beide	Sonstige
Finanzierung	54,9 %	10,5 %	23,3 %	11,3 %
Verwaltung	60,2 %	10,9 %	23,0 %	5,9 %

(Sonstige: öffentliche oder private Wohlfahrtsorganisationen, Lehrer-Elternvereinigungen, etc.)

Aus dieser Übersicht geht hervor, daß Verwaltung und Finanzierung nicht immer in der gleichen Hand liegen müssen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Verwaltung und Finanzierung des schulärztlichen Dienstes in den meisten Staaten von der Gesundheits- oder Schulbehörde durchgeführt werden. Während in den europäischen Staaten nur eine der beiden Behörden damit beauftragt ist, bestehen in den Vereinigten Staaten beide Möglichkeiten, entweder getrennt oder vereinigt.

Als ärztliche Institution erscheint die Gesundheitsbehörde geeigneter, mit der Durchführung von Verwaltung und Finanzierung des schulärztlichen Dienstes betraut zu werden. Es besteht aber die Voraussetzung, daß bei der entsprechenden Behörde genügend Interesse für einen einwandfreien Schulgesundheitsdienst besteht.

Eine Verwaltung durch die Schulbehörde ist dann angebracht, wenn die verantwortlichen Beamten das nötige Verständnis für den Schulgesundheitsdienst haben und auf hygienisch einwandfreie Schulgebäude und eine regelmäßige gesundheitliche Überwachung der Schulkinder Wert legen. In diesem Idealfall können in Zusammenarbeit mit einem geeigneten Arzt innerhalb einer Behörde die Gesundheitsprobleme besprochen und geeignete Maßnahmen eingeleitet werden.

Für Deutschland hat sich im Laufe der Jahre die Verwaltung durch das Gesundheitsamt eingeführt und es wäre sicher ohne Erfolg, wenn man große Änderungen fordern würde.

Zu wünschen wäre jedoch:

1. Dem schulärztlichen Dienst soll bei allen Gesundheitsämtern, sei es im Stadt- oder Landkreis, die gleiche Bedeutung zugemessen und eine einheitliche Behandlung aller Aufgaben gefordert werden, damit der Erfolg der Arbeit gewährleistet und eine einheitliche Auswertung der Ergebnisse gesichert ist.
2. Die Finanzierung für ein ausreichendes Programm in allen Gemeinden muß im Haushalt sichergestellt werden.

IV. V e r b r e i t u n g

des schulärztlichen Dienstes.

Wie bereits aus den vorangehenden Kapiteln ersichtlich war, waren es einzelne Städte und Gemeinden, die gegen das Ende des 19. Jahrhunderts nicht nur in Deutschland, sondern auch in Nachbarstaaten und anderen Kontinenten, zu Keimzellen der Schulgesundheitspflege wurden.

So war es in Deutschland 1883 Frankfurt a.M., in Belgien Löwen, Brüssel und Antwerpen, in Frankreich Paris, in den nordischen Staaten Kopenhagen und Stockholm, die als Kristallisationspunkte zu nennen sind.

Erst nur auf wenige Städte und hier wiederum nur auf einige Schulsysteme beschränkt, verbreitete sich diese Einrichtung bis zum ersten Weltkrieg auf fast alle größeren Städte und manche Landkreise. Württemberg hatte durch seine gesetzliche Regelung von 1912 als erster Staat die Schulgesundheitspflege in allen Städten und Landkreisen eingeführt. (86)

In Hessen arbeiteten im gleichen Jahr 61 Schulärzte, von denen etwa 58 000 Schulkinder versorgt wurden.

Nach langen Verhandlungen wurde 1913 der Schularzt an den bayerischen Mittelschulen eingeführt. 1914 hatten alle deutschen Städte mit 100 000 Einwohnern und darüber (48) Schulärzte beschäftigt. (Siehe Geschichte).

1930 waren in Deutschland von 4 1/2 Millionen Schulkindern der Volks- und Mittelschulen 480 000 ohne schulärztliche Versorgung. 358 haupt- und 2462 nebenamtliche Schulärzte waren zu dieser Zeit tätig. (42)

Bis 1933 war trotz großer Bemühungen der schulärztliche Dienst nicht in allen Gemeinden eingeführt.

Tabelle 2

Prozentuale Versorgung der deutschen Schulen mit Schulärzten 1933
(nach Pöhlen, 71)

Volksschulen	72,6 %
Mittelschulen	80,8 %
höhere Schulen	33,3 %
Fach- und Berufsschulen	22,9 %
Privatschulen	<u>35,9 %</u>
im Durchschnitt waren	64,2 % der Schulen mit Schulärzten versorgt.

Nach der Einführung des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens hatte in Deutschland jedes Gesundheitsamt in seinem Kreis den schulärztlichen Dienst in allen Schulen durchzuführen. Damit war theoretisch in jeder Stadt bzw. Gemeinde und in jedem Landkreis der schulärztliche Dienst eingeführt. Der Amtsarzt ist für die Durchführung bzw. Gestaltung des Programms verantwortlich. Praktisch hängt das Programm also davon ab, welche Bedeutung der Amtsarzt dieser Frage gibt und wieweit finanzielle Mittel von Gemeinde bzw. Land zur Verfügung gestellt werden.

Es wird daher die Frage, ob ein schulärztlicher Dienst vorhanden ist, von jedem Gesundheitsamt bejaht werden. Rundfragen mit der Bitte um Auskunft über Umfang und Ausführungsweise des schulärztlichen Dienstes in verschiedenen Städten wurden zum großen Teil beantwortet. Die häufigste Antwort war, daß der Schulgesundheitsdienst im Rahmen des Gesetzes durchgeführt wird.

HAGEN (38) berichtet, daß das Gesetz zwar verlange, die Gesundheitsämter sollen den Schulgesundheitsdienst sicherstellen, einen Kostenträger dabei aber nicht bestimme. Dies habe zur Folge, daß sowohl in den staatlichen wie in den kommunalen Gesundheitsämtern die strikte Durchführung eines schulärztlichen Dienstes sehr häufig an der Kostenfrage scheitere. Viele Kommunen haben auch da, wo die Gesundheitsämter staatlich sind, Mittel für den schulärztlichen Dienst aufgewandt, meist jedoch in unzureichender Weise. So wurden nach dem Stand von 1951 in Bremen etwa 38 % der Schulkinder schulärztlich untersucht.

In Hessen wurden die Kinder bei Schuleintritt und Schulabgang untersucht. Baden-Württemberg hatte einen hauptamtlich durchgeführten schulärztlichen Dienst, der im allgemeinen ausreichend war. Für Schleswig-Holstein bestand nur für knapp $3/4$ der Kinder eine schulärztliche Überwachung. Die höheren Schulen kamen dabei besonders schlecht weg, für die Berufsschulen waren kaum Schulärzte vorhanden. Bayern hatte den schulärztlichen Dienst für die höheren Schulen im Haushalt gesichert. Außer den größeren Städten, die einen voll ausgebildeten schulärztlichen Dienst besaßen, bestanden auf dem Lande nur wenige Inseln schulärztlicher Betreuung. Auch in Niedersachsen umfaßte der schulärztliche Dienst nur etwa die Hälfte aller Schulkinder. Hamburg erfaßte etwa $3/4$ von allen Volksschülern, die Hälfte aller höheren Schüler und $1/4$ aller Fach- und Berufsschüler. In Nordrhein-Westfalen wurden die Hälfte aller Schulkinder schulärztlich betreut, ein Drittel wurde durch die Reihenuntersuchungen erfaßt.

In Schweden wird im ganzen Land an allen höheren Schulen die staatlich geregelte Gesundheitspflege nach den geltenden Vorschriften ausgeführt. An den Volksschulen ist die mit staatlichen Mitteln unterhaltene, einheitlich geregelte Schulgesundheitspflege jedoch nur dort eingeführt, wo die Gemeinden sie beantragt haben. 1950 waren 97 % der Volksschüler im ganzen Land von dieser Einrichtung erfaßt.
(44)

In den Vereinigten Staaten entwickelte sich der Schulgesundheitsdienst ebenso wie bei uns in den großen Städten, die vereinzelt am Ende des vorigen Jahrhunderts einen schulärztlichen Dienst eingeführt hatten.

Drei Tabellen sollen die Verbreitung des schulärztlichen Dienstes in den USA 1931, 1940 und 1950 zeigen. Durch Fragebögen an die Gemeinden von 10 000 bzw. 2500 Einwohnern ab, wurde festgestellt, wieviele davon einen schulärztlichen Dienst hatten.

Tabelle 3

Verbreitung des Schulgesundheitsdienstes in USA 1931

Einwohnerzahl	Anzahl der Städte	Zahl der Antworten	davon hatten einen Schulgesundheitsdienst
Gruppe I	70	49 (70%)	49 (100%)
Gruppe II	181	112 (61,9%)	101 (90%)
Gruppe III	514	303 (59%)	252 (83,2%)

Verbreitung des Schulgesundheitsdienstes in USA 1940

Gruppe I	93	71 (76,3%)	71 (100%)
Gruppe II	227	161 (71,4%)	161 (99,4%)
Gruppe III	665	497 (74,7%)	487 (98%)

Verbreitung des Schulgesundheitsdienstes in USA 1950

Gruppe I	93	93 (100%)	93 (100%)
Gruppe II	259	253 (97,7%)	251 (99,2%)
Gruppe III	724	687 (94,9%)	668 (97,2%)
Gruppe IV	2354	2153 (91,5%)	1874 (87%)

(Gruppe I = 100 000 und darüber, Gruppe II = 30 000 bis 99 999, Gruppe III = 10 000 bis 29 999, Gruppe IV = 2500 bis 9999 Einwohner.)
Nach ROGERS und KILANDER (55, 75, 76).

Diese Tabelle zeigt eindeutig, daß neben dem Interesse auch der Umfang des Schulgesundheitsdienstes in den USA im Steigen begriffen ist. Allerdings handelt es sich hierbei um ganz verschiedene Formen der Organisation und auch die Programme und deren Ausführungen sind, wie in den folgenden Kapiteln berichtet wird, in den verschiedenen Gemeinden sehr unterschiedlich.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der schulärztliche Dienst in Deutschland nur in wenigen Gegenden ausreichend durchgeführt wird. Es ist zu fordern, daß der schulärztliche Dienst in allen Schulen sowohl auf dem Land wie in der Stadt und in allen Schulgattungen durchgeführt wird.

V. A u f g a b e n d e s S c h u l a r z t e s

Zur Behandlung der Fragen über Anstellungsform und Ausbildung des Schularztes und die Zahl der Schüler, die von einem Schularzt betreut werden sollen, ist es nötig, sich mit den Aufgaben des Schularztes auseinanderzusetzen. Erst aus dem Verständnis seiner Tätigkeit kann man die beste Form der Organisation finden.

Zum Aufgabenbereich des Schularztes gehören:

1. Die Hygiene des Schulhauses.
2. Unterrichtshygiene.
3. Schulärztliche Untersuchungen als Reihenuntersuchungen und Schulsprechstunden.
4. Überweisungen zur Behandlung und Einleitung von Fürsorgemaßnahmen.
5. Auswertung der Ergebnisse.

1. Die Hygiene des Schulhauses.

Eine der Kernaufgaben des Schularztes im 19. Jahrhundert war die hygienische Überwachung der Schulgebäude. Mißstände oft katastrophaler Art veranlaßten Ärzte und Erzieher zu heftiger Kritik: Wie konnte es ein Staat mit gutem Gewissen vor den Eltern verantworten, die Kinder, denen die Schule durch Förderung den Schritt ins Leben erleichtern sollte, tagsüber in ein Gebäude zu sperren, das vielen, wenn nicht jeglichen hygienischen Forderungen Hohn sprach. Ein Staat, der die allgemeine Schulpflicht mit allen Mitteln durchsetzt, muß den Schulkindern eine Umgebung bieten, die nicht nur deren Wissen fördert, sondern auch Körper und Seele zur Entfaltung bringt.

Das erste größere Werk, das sich genauer mit den Problemen der Hygiene des Schulhauses beschäftigte und praktische Grundlagen bot, war das Handbuch der Schulhygiene von BURGERSTEIN und NETOLITZKY. (4). In einem viele Seiten umfassenden Kapitel wird das Schulgebäude, von der Grundstücksauswahl bis zur inneren Einrichtung bespro-

chen, und an Hand von Plänen, Beispielen, Bildern und Berichten werden die Fortschritte im internationalen Schulhausbau gebracht.

SELTHER (82) beschränkte sich in seinem Handbuch auf die deutschen Verhältnisse, brachte diese dafür aber um so ausführlicher. Auf über 100 Seiten finden alle für den Schulbau wichtigen Punkte kritische Betrachtung. Praktische Empfehlungen und Angaben sollen Grundlagen für einen hygienisch einwandfreien Schulhausbau geben.

Wenn auch in den folgenden Jahren in Einzelberichten Probleme des Schulhausbaues und der Inneneinrichtung behandelt wurden, so erschien kein grundlegendes Werk mehr.

1951 griff HABERDA (37) in Wien die Frage wieder auf, um eine Anregung zur erneuten wissenschaftlichen Bearbeitung des Schulhausbaues zu geben. Trotz aller Fortschritte ist es auch heute noch für den Schularzt von Bedeutung, über moderne Anforderungen des Schulbaues und der hygienischen Forderungen für die bestehenden Schulen unterrichtet zu sein.

Die Schulkinder sind größer geworden und die äußeren Verhältnisse zuhause, auf der Straße und in den Schulen haben ihren Charakter verändert. Das Erziehungssystem der Schule ist einer Metamorphose unterworfen; die absolut autoritäre Stellung des Lehrers war schon von manchen Pädagogen der alten Lehrergeneration abgelehnt worden. Heute dürfte sich mit dem Nachrücken jüngerer Lehrergenerationen der aufgelockerte Unterricht durchsetzen, wenn geringere Klassenbesetzung und geregelter Unterricht es ermöglichen.

Damit rückt auch das Schulhaus und die Klasse, die zum zweiten Zuhause der Kinder werden soll, in den Mittelpunkt neuer Planungen. Sehr schön hat diese Veränderung die Düsseldorfer Ausstellung zum Schulhausbau 1950 gezeigt, wo die Pavillonform führend war, während sich eine Umstellung des Klassenzimmers in der Form zeigte, daß die Schulbank nicht mehr anzutreffen und das Podium ebenfalls verschwunden war. Licht und Luft kamen zu ihrem Recht durch Schulbau in Grünanlagen und teilweiseem Unterricht im Freien. (68, 81, 85, 102)

Zum Weltgesundheitstag 1956 wurde als Beitrag von der deutschen Gesellschaft für Freiluft-erziehung und Schulhygiene eine Schrift veröffent-

licht, die sich mit vielen dieser Probleme beschäftigt. Architekten, Pädagogen und Ärzte haben darin ihre Meinung zum Schulhausbau geäußert. (73, 99)

Das größte Problem ist jedoch in der Finanzierung zu sehen, und die Autoren kommen zu dem Ergebnis, daß, wenn der Schulhausbau im heutigen Tempo weitergeht, erst in 20 Jahren geregelte Schulverhältnisse erreicht sein werden. Daher wird als grundlegende Forderung ein großzügiges Anleiheprogramm vorgeschlagen, um durch die Mißstände in den deutschen Schulhausverhältnissen nicht noch weitere Generationen von Schulkindern leiden zu lassen. (73, 99)

Für den Schularzt bestehen in Deutschland unterschiedliche Vorschriften, die je nach den Ansichten der Gesundheitsämter in den Dienstvorschriften Niederschlag finden.

Die Münchner Dienstanweisung schreibt vor, daß der Schularzt gemeinsam mit dem Schulleiter einmal im Jahr die Schulen auf ihren hygienischen Zustand zu prüfen habe, wobei besonderes Augenmerk auf Reinlichkeitszustand, Lüftung, Heizung und Beleuchtung der Schul- und Arbeitsräume, auf die Beschaffenheit der Schulwerkstätten, Schulbänke, Baderäume und Aborte, Schulhöfe und Spielplätze zu richten sei.

Auch in Nürnberg ist die Schule einmal im Jahr vom Schularzt zu besichtigen, gefundene Mängel sind dem Schulleiter, Lehrern oder Hausverwalter zur Behebung sogleich mitzuteilen. Wünsche und Beschwerden, die den Schulärzten bei ihren Besuchen in den Schulen hinsichtlich der Gesundheitsverhältnisse vorgetragen werden, sowie von ihnen selbst beobachtete erhebliche Mißstände haben sie dem städtischen Gesundheitsamt zu berichten.

In Köln ist der Schularzt neben der alle 5 Jahre durchgeführten amtsärztlichen Besichtigung verpflichtet, alle ihm anvertrauten Schulen je einmal im Sommer und im Winter auf hygienische Mängel zu besichtigen und abstellungsbedürftige Schäden der Leitung der Jugendgesundheitspflege unverzüglich mitzuteilen.

Vielen ausländischen Staaten geht es wie uns, sie haben die durch den Krieg zerstörten Schulen wieder aufzubauen und veraltete Schulgebäude

zu modernisieren. In der Schweiz und in Schweden findet sich bereits vieles auf dem Gebiet des modernen Schulhausbaues verwirklicht. (68)

In den Vereinigten Staaten, die weder durch den Krieg gelitten hatten, noch unser Raumproblem kennen, ist die Schulhausfrage fast überall befriedigend gelöst. Die Public und High Schools sind selten mehr als einstöckig und befinden sich meistens außerhalb der Verkehrsstraßen in abschirmenden Grünanlagen mit ausgedehnten Spielplätzen. Für die Hygiene der Schulgebäude ist der Public Health Officer verantwortlich.

Da Kind und Schule in den USA große Bedeutung und Beachtung beigemessen wird, findet die Schule und der Schulbau finanzielle Hilfe von verschiedenen Stellen und rangiert vor vielen anderen öffentlichen Belangen. Lehrer- und Elternvereinigungen sehen darauf, daß die Schulkinder ein freundliches zweites Heim in der Schule finden. Stiftungen, meist privater Art, sorgen für die Finanzierung.

2. Unterrichtshygiene.

Fast noch älter als die Hygiene des Schulhauses ist die Betrachtung der Beziehungen von Unterricht und Unterrichtsmethoden zur körperlichen und seelischen Gesundheit der Schulkinder.

Waren es einst Strafmethoden, die nicht nur von Ärzten, sondern auch von Pädagogen und Politikern streng verurteilt worden waren, so waren es Überlastung durch den Unterricht, durch Stofffülle und unnatürliche Unterrichtsmethoden, die zu Beginn des 19. Jahrhunderts zu lebhaften Diskussionen führten. (53)

Vergleiche von Lehrstoff und Stundenzahl an höheren Schulen führten zu dem Ergebnis, daß sich im 19. Jahrhundert die Anforderungen im Vergleich zu den vorangehenden Jahrhunderten fast verdoppelt hatten. Es wurde eine größere Erholungszeit für die Schulkinder gefordert. Während diese Fragen an den höheren Schulen lange ein Streitpunkt zwischen Lehrerschaft und Ärzten waren, war der Schularzt zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den Volksschulen eine von den Lehrern anerkannte und als notwendig empfundene Persönlichkeit.

Wurde zwar der Schularzt von den Pädagogen der höheren Schulen auch gefordert, so blieb doch die Frage nach der Zuständigkeit des Arztes bei der Kontrolle von Umfang des Lehrstoffes und Belastung der Schüler bis heute strittig.

Während Eltern, Schulärzte und andere Ärzte die Schuld für Leistungsabfall und Gesundheitsstörungen bei den Kindern der Überführung an den höheren Schulen zuschrieben, wurde von der Lehrerschaft die Unzulänglichkeit der häuslichen Unterbringung und die Unmöglichkeit der Schüler zu konzentrierter Hausarbeit in den Kosthäusern und Privatheimen, ja oft auch zu Hause, aufgeführt.

Außerdem sei die höhere Schule eine Ausleseinstitution, die ein bestimmtes Niveau halten und daher von ihren Schülern eine gewisse Intelligenzstufe und Leistungsbereitschaft erwarten müsse. Es gebe genug Schüler, die den Anforderungen der höheren Schule entsprächen und ohne Überforderung mitkämen; es sei daher unbillig von den Ärzten, durch Mitspracherecht bei der Lehrplangestaltung die Leistungsanforderungen drücken zu wollen. (13, 19, 46, 67, 77, 82)

An den Volksschulen gab es Mängel, über die Arzt und Lehrer in völliger Übereinstimmung Kritik übten, so die hohe Schülerzahl in einer Klasse und die Unterbringung von mehreren Klassen in einem Raum.

1911 wurden im Kreis Ansbach folgende Verhältnisse festgestellt:

Tabelle 4

Schülerzahl in einer Klasse nach FEDERSCHMIDT (25)

Schülerzahl der Klasse	unter 20	21-40	41-50	51-60	61-70	über 70	über 100
Häufigkeit	1	10	14	14	26	18	1

Zur selben Zeit kamen auf einen Lehrer in

Mittelfranken und Unterfranken	53 Kinder
Schwaben	54 "
Oberbayern	55 "
Pfalz	56 "
Oberfranken	59 "
Oberpfalz	62 "
Niederbayern	64 "

Als Vergleich einige Zahlen aus anderen Ländern zur selben Zeit:

Frankreich	50 Kinder
Schweiz	52 "
Norwegen	45 "
Dänemark	35 "

BURGERSTEIN und NETOLITZKY (4) brachten grundlegende Feststellungen über Ermüdung, geistige Leistung und Aufmerksamkeit. Für einen erfolgreichen Unterricht werden an den Volksschulen als Höchstzahl 50 Kinder pro Klasse angegeben, wobei für die mittleren und höheren Schulen eine geringere Zahl gefordert wird. Eine Zusammenstellung der totalen Belastung der Schulkinder, sowohl an den Volkswie Mittelschulen durch Unterricht, häusliche Arbeit für die Schule, sowie geistige Beschäftigung aus eigenem Interesse, zeigt, daß die Zeiten für Schule und Hausaufgaben zum Teil höher liegen, als die für die Arbeiter gesetzlich festgelegten Arbeitszeiten.

Das ausführliche Kapitel aus dem Handbuch der deutschen Schulhygiene von SELTER (82) über Unterrichtshygiene umfaßt über 200 Seiten und hat kaum an Bedeutung verloren. Der aufmerksame Leser wird erstaunt sein, Forderungen, die als Ergebnisse der modernen Psychologie angesehen werden, hier in präziser Formulierung vorzufinden. Dieses Kapitel, das zum größten Teil von einem Pädagogen geschrieben wurde, bringt elementare Forderungen, die nicht an die Schüler, sondern an die Schule und Lehrer gerichtet sind und sich mit der Unterrichtsgestaltung, die nicht auf einen festen Lehrplan, sondern auf die Fähigkeit der Kinder abgestimmt ist, befassen.

Stadtschulrat REINDL (72) vertritt 1914 die Ansicht, daß auch im Unterricht auf die hygienischen Forderungen Rücksicht zu nehmen sei, daß der berechnete Anspruch der Hygiene aber doch nicht weitergehen darf, als die Gesundheitschädlichkeiten abzuhalten. Der Zweck der Schule sei der Unterricht. Diesem habe sich die Hygiene unterzuordnen.

In anderen Veröffentlichungen taucht immer wieder die Forderung auf, an den höheren Schulen ein zweckmäßiges Lehrprogramm mit einer Beschränkung des Lehrstoffes auf das Notwendigste einzuführen,

um den Schülern auch in diesen Schulen entsprechende Freizeit einzuräumen, ohne daß selbstgewählte Freizeit das Mitkommen in der Schule in Frage stellt. (46, 67, 77)

Nach 1933 kam es durch Eingriff der Staatsregierung zu einer Lehrplanänderung. Der vor 1933, ebenso wie heute, stark vernachlässigte Turnunterricht wurde zum Mittelpunkt der Erziehung erhoben. Sowohl in den Volks- wie höheren Schulen war die tägliche Turnstunde - lange von vielen gefordert - auf dem Weg über parteipolitische Gesichtspunkte zur Tatsache geworden. Der parallel ging eine Einschränkung der Stofffülle.

Durch Krieg und Zerstörung wurde der Unterricht lahm gelegt und die unterrichtshygienischen Forderungen wurden zum Schweigen gebracht. Der Aufbau der Schulen und die Wiederaufnahme des Unterrichts war mit unsäglichen Schwierigkeiten verbunden. In jeder hygienischen Forderung spottenden Räumen wurde der Unterricht abgehalten, der Turnunterricht wurde stark vernachlässigt.

Schichtunterricht, steigende Anforderungen und erhöhte Belastung durch Verkehr und Wohnverhältnisse sind heute, besonders in den Städten, ein Problem der seelischen Hygiene unserer Schulkinder und stehen mit dem Leistungsabfall in den Schulen im Zusammenhang. (46)

Im Gegensatz zu unseren Leistungsschulen versucht man in den Vereinigten Staaten, das Kind in Gruppenarbeit spielerisch in die Arbeitshaltung einzuführen, was bei Klassenstärken von 30 Kindern gut möglich ist.

Die Schulkinder müssen sich nicht schon im 10. Lebensjahr entscheiden, welchen Bildungsweg sie gehen wollen oder sollen. Alle Kinder besuchen vom 6. bis zum 14. Lebensjahr die Grundschule (Grammar School). Mit 14 Jahren treten nicht wie bei uns die meisten Kinder in das Berufsleben, sondern wechseln in die höhere Schule über. Da die Schulpflicht vom 6. bis zum 16. Lebensjahr reicht, besuchen fast alle Kinder 2 Klassen der höheren Schule (Junior High School). Mit 16 Jahren endet zwar die Schulpflicht, die Möglichkeit aber, ohne Ausleseprüfung bis zum 18. Lebensjahr die Schule zu besuchen,

wird von vielen Schülern ausgenützt (Senior High School). In der High School können sich die Schüler durch die vielseitigen Spezialisierungsmöglichkeiten im Unterrichtssystem dieser Schule für einen Beruf vorbereiten, bzw. die Neigung zu einem Beruf erwerben. Wer dann auf eine Universität gehen will, muß zuvor, je nach Studium, mehrere Jahre, gewöhnlich zwei, ein College besuchen.

Wissensmäßig sind die Kinder im Vergleich zu den unseren zurück. Die Erziehung sieht nicht die Erfüllung eines bestimmten Lehrplanes vor, sondern es wird versucht, jedes Kind soviel zu fördern, um ihm im Leben die seinem Intelligenzgrad und seiner Leistungsbereitschaft zustehende Stellung zu geben. Der Zwang soll dabei auf ein Minimum reduziert werden. Man wird nur wenig Kinder finden, die nicht gern in die Schule gehen. Allerdings kann man das Wissen der Kinder in den oberen Klassen der High School nicht mit dem unserer Kinder in den letzten Klassen der höheren Schulen vergleichen. Es bestehen oft Unterschiede von 2 - 3 Jahren. Das Kind soll aber das Gefühl bekommen, sich sein Wissen aus eigenem Interesse selbständig erarbeitet zu haben, damit ihm das Lernen nicht zum Zwang, sondern zur Freude wird.

Der Unterricht beginnt früh um 9 Uhr und endet etwa um 16 Uhr nachmittags, wobei ausgedehnte Pausen und eingelegte Spielstunden einer geistigen Ermüdung entgegenwirken sollen. Hausaufgaben gibt es nur selten.

Um einerseits die Gefahren des Schulweges zu verringern, andererseits eine Abspannung durch den weiten und oft gefährlichen Schulweg zu verhindern, werden fast alle Schulkinder von schuleigenen Bussen oft direkt vor der Haustüre abgeholt und nach Unterrichtsschluß wieder nach Hause gebracht.

Zum Schluß möchte ich noch die Gesundheitserziehung im amerikanischen Unterricht erwähnen. Nicht direkt als eigenes Lehrfach soll die Gesundheitsbelehrung stattfinden, sondern sie soll in unauffälliger Form das ganze Lehrprogramm durchfließen. Sauberkeit von Körper und Kleidung soll durch die Lehrerin ständig durch Lob gefördert und wo es angebracht erscheint, durch Tadel gebessert werden. Schulschwester und Lehrerin arbeiten hier Hand in Hand, indem die Schul-

schwester die Unterrichtung der Eltern übernimmt und neben ständiger Erwähnung hygienischer Grundsätze bei den Eltern-Lehrerversammlungen durch Hausbesuche fördernd einzugreifen versucht. Diesem Bombardement ist es wohl zuzuschreiben, daß die Grundsätze der Hygiene in der amerikanischen Familie, besonders in den Oststaaten, fast überall bekannt sind und auch nach ihnen gelebt wird. Körper- und Seelenhygiene sind integrierende Bestandteile der amerikanischen Schulgesundheitspflege und werden außer vom Schularzt auch von Schulschwester und Lehrerin getragen.

Im Schulgesundheitsdienst der USA wird dem Gesundheitsunterricht heute mehr Bedeutung geschenkt, als den Reihenuntersuchungen der Schulkinder. Es besteht die Ansicht, daß eine ausreichende Gesundheitsbelehrung und Propaganda die Kinder zu ihrem eigenen Arzt oder Zahnarzt führen soll und man glaubt, den schulärztlichen Dienst durch eine Vervollkommnung der Gesundheitsbelehrung, der "Mental Health" und "Mental Hygiene" überflüssig machen zu können.

3. Die schulärztlichen Untersuchungen.

Mit Wiesbaden führten viele Städte regelmäßige Programme ein, in denen die Untersuchungen der Schulkinder festgelegt waren. Einer zuerst nur bei Schuleintritt durchgeführten Untersuchung folgten bald mehrere im Laufe der Schulzeit.

Die Einschulungsuntersuchung, seit 1896 ein fester Bestandteil der schulärztlichen Einrichtung, diente der Auslese von schwächlichen oder kranken Kindern, die späteren Kontrollen sollten Schäden durch die Schule aufdecken und unbehandelte Krankheiten der Behandlung zuführen.

1913 wurde die Schulfähigkeit und Schulreife von STEINHAUS und WEHRHAHN (92) auf der Versammlung des Vereins für Schulgesundheitspflege diskutiert.

Zwischen 1920 und 1930 brachte die Konstitutionsforschung neue Erkenntnisse und Gesichtspunkte und ihre Verwendungsfähigkeit für den

schulärztlichen Dienst wurde erörtert. Neben die Beurteilung von Größe und Gewicht bei der Einschulung trat die der konstitutionellen und gestaltlichen Reife.

Fortschritte auf dem Gebiet der Psychologie halfen dem Schularzt, geistige und seelische Schulreife der Kinder zu beurteilen. (2, 5, 40)

Die Schüler, die aus der Volksschule entlassen wurden, wurden nicht nur auf Gesundheit und Körperzustand untersucht, sondern diesen Betrachtungen schloß sich eine ärztliche Berufsberatung an. Aus dem Jahre 1927 berichtet COERPER (10) über praktische Erfahrungen und erörterte Erfolge und Mißerfolge der positiven Berufsberatung. FUERST (28) beleuchtete die Berufsauslese und -beratung vom Blickwinkel der Konstitutionsforschung und verglich die Konstitution bereits im Beruf stehender mit der Berufsform, in der sie arbeiteten und diskutiert das Problem der natürlichen Berufsauslese.

Heute wird die erste Untersuchung der Schulneulinge mit einer Beurteilung der Schulreife verbunden. Das Alter, in dem ein Kind eingeschult wird, ist nicht einheitlich und schwankt in den verschiedenen Staaten zwischen dem 5. und 7. Lebensjahr. Neben der körperlichen Entwicklungsdiagnose von Größe und Gewicht findet die Gestaltdiagnose Verwendung. Verschiedene Tests zur Bestimmung der geistigen und seelischen Schulreife haben sich als nützlich erwiesen. (11, 35, 82, 111, 112)

Die späteren Untersuchungen dienen der Bewertung von Entwicklung und Entfaltung auf körperlichem und seelisch-geistigem Gebiet, wobei Kinder mit Fehlern und Krankheiten der Behandlung oder Erholungsfürsorge zugeleitet werden. Für körperlich und geistig behinderte Kinder wird der Schularzt zur Beurteilung der Überweisung in Sonderschulen herangezogen, wobei Testverfahren neben dem Lehrerurteil Anwendung finden. (11)

Ebenso wie bei der Einschulung kann sich der Schularzt bei den Abgängern aus der Volksschule auf Ergebnisse der Konstitutions- und Entwicklungsforschung, sowohl auf somatischem wie auf psychischem Gebiet, stützen. Zweiter Gestaltwandel, Typenlehre und Testbeurteilung von Intelligenz und Charakter finden versuchsweise Eingang in die schulärztliche Beurteilung. (11, 28, 35, 112)

Die schulärztliche Sprechstunde für Eltern, Lehrer und Schulkinder ist in vielen Staaten Bestandteil des schulärztlichen Programms und dient dazu, Probleme, die sich außerhalb der Reihenuntersuchungen ergeben, zu lösen.

In Deutschland wird ein Kind in dem Jahre schulpflichtig, in dem es bis zum 30. Juni (30. September in Bayern) 6 Jahre alt wird. Auf Antrag kann darüber hinaus Einschulung erfolgen bei Kindern, die bis zum 30. September (31. Dezember in Bayern) 6 Jahre alt werden, wenn sie körperlich und geistig schulreif sind. (39)

In Frankreich liegt das Eintrittsalter für die Schule ebenfalls im 6. Lebensjahr. (48)

In England können Kinder bereits mit 5 Jahren in die Schule aufgenommen werden. (17)

In den nordischen Staaten werden die Kinder mit 7 Jahren eingeschult. (44)

In den Vereinigten Staaten liegt das Alter für den Schulbeginn zum größten Teil bei 6 Jahren, wobei in besonders gelagerten Fällen (überdurchschnittliche Intelligenz etc.) Ausnahmen gestattet werden.

In fast allen Staaten, die einen schulärztlichen Dienst besitzen, wird die ärztliche Untersuchung der Schulanfänger auf Schulreife und Krankheiten durchgeführt. Die Untersuchungen werden entweder als Reihenuntersuchungen in den Schulen oder von Ärzten in ihren Sprechstunden durchgeführt.

In Deutschland liegen hierzu die Empfehlungen von HAGEN (39) vor:

"Die schulärztlichen Untersuchungen werden als Reihenuntersuchungen durchgeführt. Zu einer Reihenuntersuchung gehört die Erhebung einer Vorgeschichte einschließlich des sozialen Befundes, die körperliche Beurteilung des Kindes, ein Gesamturteil unter Berücksichtigung der Erfahrungen des Lehrers und die Feststellung etwaig notwendiger Maßnahmen. Die Reihenuntersuchungen der Schulanfänger können nur bei Anwesenheit der Mütter erfolgreich durchgeführt werden. Es ist anzustreben, daß die Untersuchungen schon vor der Ein-

schulung erfolgen, um Kinder, welche nicht schulreif sind, ausschließen zu können. Fehler und Krankheiten sind in einen Gesundheitsbogen einzutragen, eine Allgemeinbeschreibung und ein Urteil festzulegen. Die Messung von Größe und Gewicht kann der Schule übertragen werden, doch ist dabei mit erheblichen Fehlerquellen zu rechnen. Besser ist die Feststellung durch geschulte Kräfte. Zur Vorbereitung gehört ferner die Anstellung von Tuberkulinproben, entweder als Pflasterprobe oder durch Einreiben 2 - 3 Tage vorher, so daß der Arzt bei der Untersuchung die Ergebnisse ablesen kann. Die Frage der Schulreife der Schulanfänger ist nicht nach Größe und Gewicht allein zu entscheiden. Die Veränderungen des körperlichen Habitus, das Eintreten einer Streckperiode und die seelische Fähigkeit zur Aufmerksamkeit ist entscheidend. Bei allen angeblichen Entwicklungsstörungen ist nach der Ursache zu suchen. Erst nach der Einschulung kann das Hör- und Sehvermögen geprüft werden. Der Zeitaufwand für Einschulungsuntersuchungen soll 6 - 10 Minuten pro Kind betragen.

Weitere Reihenuntersuchungen sollen wenn möglich jährlich, mindestens im 4. und letzten Schuljahr durchgeführt werden. Wird nicht jährlich untersucht, so wird in den dazwischenliegenden Jahren kurz gemustert, d.h. die Kinder gehen mit freiem Oberkörper am Schularzt vorbei. Besondere Beobachtungen werden notiert. Der Zeitaufwand für Wiederholungsreihenuntersuchungen sind 3 - 5 Minuten pro Kind. Die Tuberkulinprobe ist möglichst jährlich, mindestens aber bei den Reihenuntersuchungen zu wiederholen. Kinder, die seit der letzten Reihenuntersuchung tuberkulinpositiv geworden sind, müssen röntgenologisch nachkontrolliert werden. BCG Schutzimpfung tuberkulin-negativer Kinder während der Schulzeit ist anzustreben.

Bei den Untersuchungen der Abgangsklassen ist eine Untersuchung auf Berufsreife und eine ärztliche Berufsberatung durchzuführen, die sich fast stets auf eine negative Beratung beschränkt, d.h. auf Ausscheidung bestimmter Berufe als nicht geeignet für den Untersuchten. Für die Beurteilung der Berufsreife soll im wesentlichen die Konstitution mit dem Abschluß der Ausdifferenzierung des Organismus herangezogen werden. Typusände-

rung, Verhältnis vom Längen- zum Breitenwachstum, von Skelett zur Muskulatur soll vom Arzt berücksichtigt werden.

Auch während der Zeit der Berufsausbildung ist eine gesundheitliche Überwachung der Berufsschüler durchzuführen.

Für die höheren Schulen ist der Schulgesundheitsdienst ebenso wichtig wie für die übrigen Schulgattungen.

Alle Maßnahmen, die der Schularzt für notwendig hält, müssen nachkontrolliert werden. Diesen Kontrollen dient die schulärztliche Sprechstunde, die mindestens zweimal monatlich abzuhalten ist."

In Bayern verlangt die Dienstanweisung für die Volksschulen eine Untersuchung der 1., 4. und 8. Schülerjahrgänge, wobei die Ergebnisse in Gesundheitskarten festgehalten werden. Die Vorgeschichte wird bei der erstmaligen Untersuchung der Kinder nicht durch Anwesenheit, sondern durch schriftliche Formularausfüllung der Eltern gefordert. Die Lehrerin oder der Lehrer sollen neben der Fürsorgerin an den Untersuchungen teilnehmen. Kinder, bei denen Schäden festgestellt werden oder die gesundheitlich gefährdet sind, werden als Überwachungskinder geführt. In der 8. Klasse soll eine Berufsberatung im Benehmen mit dem zuständigen Arbeitsamt erfolgen. (64)

Auch an den höheren Lehranstalten in Bayern sind schulärztliche Untersuchungen und Anlegung einer Gesundheitskartei gefordert.

In München werden untersucht: Die Schulkinder der 1., 4. und 8. Klassen der Volksschulen, die der 1. und 3. Klassen der Mittelschulen, die der 1., 5. und 9. Klassen der Oberschulen und die Schüler der 2. Klassen der Berufsschulen. Die übrigen Jahrgänge werden gemustert. Für die Untersuchung der Schulanfänger sollen die Erziehungsberechtigten eingeladen werden. Es werden etwa 90 % der Kinder bei diesen Untersuchungen von einem Erziehungsberechtigten begleitet.

Ähnlich verhält es sich in den übrigen Städten Bayerns, in Nürnberg, Würzburg, Augsburg usw., wo überall die 1., 4. und 8. Klassen der Volksschulen untersucht werden. Nürnberg fordert, die Schulanfänger möglichst bald nach Schulbeginn zu mustern, um festzustellen, welche schulreif sind, d.h. welche nach ihrer körperlichen und geistigen

Entwicklung ohne Schaden und mit Erfolg am Unterricht teilnehmen können.

In München soll der Schularzt mit jeder von ihm betreuten Schule eine für das ganze Schuljahr festliegende, wöchentliche schulärztliche Sprechstunde abhalten. In diesen Sprechstunden sind der Lehrerschaft, den Eltern, Lehrhern und Schülern Gelegenheit zur schulärztlichen Beratung zu geben.

In Würzburg findet wöchentlich eine Sprechstunde für Eltern, Schüler und Lehrer im Gesundheitsamt statt.

Nürnberg verlangt auf 12 - 20 Klassen wöchentlich eine Sprechstunde, die Volks-, Berufs- und höhere Schulen umfaßt. Außerdem gehört es zur Dienstaufsicht des Schularztes, Pflegekinder im Schulalter zu untersuchen.

In Hamburg stehen alle Schulkinder und Jugendliche vom Schuleintritt bis zu ihrem 18. Lebensjahr unter der Kontrolle des schulärztlichen Dienstes. Eine gründliche Untersuchung erfolgt in dieser Zeit fünfmal. In den übrigen Jahren werden die Kinder in der Schule "angesehen". Die Gruppe der Überwachungskinder wird je nach Lage des Einzelfalles $1/2$ - bis $1/4$ - jährlich in der Untersuchungsstelle nachuntersucht.

In Köln sind für die schulärztlichen Untersuchungen in einigen Schulen Schularzträume, die aus Warte- und Untersuchungszimmer bestehen, eingerichtet. Vom Schularzt wird gefordert, daß er jedes Schulkind jährlich einmal gewissenhaft untersucht. Auch hier wird bei Schulanfängern die Anwesenheit der Angehörigen gewünscht. Neben der Untersuchung wird eine Beurteilung der Schulreife verlangt und die Stellungnahme des Arztes zur Zurückstellung, voraussichtlichen Schulreife oder Einschulung in eine Sonderschule gefordert. Kinder, die einer besonderen ärztlichen Überwachung bedürfen, werden vierteljährlich nachuntersucht. Tuberkulinproben gehören zu den Schuluntersuchungen und werden so lange wiederholt, bis sich bei einer der Untersuchungen ein positiver Ausfall ergibt. Diese Schüler werden dann innerhalb von 4 Wochen durchleuchtet.

In Frankreich wurden 1953 in 1200 schulärztlichen Untersuchungsstellen Schüler und Studenten untersucht. Eine jährliche Untersuchung ist hier durch Gesetz festgelegt. 1951/52 waren tatsächlich 84 % aller Schüler und Studenten ärztlich untersucht worden, wozu eine Röntgendurchleuchtung der älteren Schüler und Studenten zweimal im Jahr erfolgt. Die Schulanfänger werden gründlich auf ihre Schulreife untersucht. (48)

In England ist es Pflicht aller örtlichen Schulbehörden, in angemessenen Intervallen die Schulkinder ärztlich untersuchen zu lassen, dabei sind mindestens 3 Untersuchungen im Laufe der schulpflichtigen Zeit durchzuführen. Verweigerung der Untersuchung durch die Eltern kann strafbar sein. (17) Es ist Vorschrift, daß die Eltern zur Untersuchung eingeladen werden, was bei den Schulanfängern eine Begleitung durch die Eltern in fast 80 % zur Folge hat. (47, 105)

In Glasgow (um ein Beispiel zu nennen) wurden 1950/51 folgende Jahrgänge untersucht:

Kinder, die bisher noch keine ärztliche Untersuchung aufweisen konnten.

Kinder aus dem Jahrgang 1937 (Entlassungsschüler)

Kinder aus dem Jahrgang 1941 (Schulmitte)

Kinder aus dem Jahrgang 1934 (höhere Schüler)

Kinder aus dem Jahrgang 1943 (Prüfung auf Hör- und Sehvermögen)

Außerdem wurden Schüler, die in den schulärztlichen Sprechstunden vorgestellt wurden, ärztlich untersucht. (23)

In Schweden gilt ebenfalls die Vorschrift, daß in bestimmten Zeitabständen Reihenuntersuchungen der Schulkinder durchgeführt werden müssen. Diese Untersuchungen sollen zu Beginn eines Schuljahres, ungefähr jedes zweite Jahr, aber mindestens bei Einschulung und Verlassen der Grundschule und in der 1. und letzten Klasse der höheren Schule durchgeführt werden. In Schulbezirken mit größeren Schulen erfolgt die Klassenuntersuchung jährlich. (44)

In der Schweiz erfolgt die Untersuchung der Schüler meist in der 1. und letzten Primarklasse, gelegentlich auch in der Zwischenzeit einmal. In den Kantonschulen erfolgt die Untersuchung ebenfalls meist zu Beginn und bei Abschluß der Schulzeit.

Es ist charakteristisch für die Vereinigten Staaten, daß bei einer Umfrage über die schulärztlichen Untersuchungen kein Unterschied gemacht wurde, ob die Untersuchungen in der Schule oder in der Sprechstunde eines Privatarztes vorgenommen worden sind. Dabei kam heraus, daß zwischen der Anzahl der Untersuchungen in den Grund- und höheren Schulen der einzelnen Staaten, Gegenden und Städte ein beträchtlicher Unterschied besteht. Während an einigen Stellen die Auffassung vertreten wird, daß Untersuchungen alle Jahre oder alle zwei Jahre nötig seien, haben andere die Ansicht, daß weniger häufige Untersuchungen, besonders wenn sie dafür gründlicher sind, wünschenswerter wären.

In den öffentlichen Schulen hängt die Anzahl der Untersuchungen vielfach davon ab, wieviel Ärzte der Schule zur Verfügung stehen.

Tabelle 5

Anzahl der schulärztlichen Untersuchungen in den USA.

(nach einer Rundfrage an die Schulen in Gemeinden mit oder über 2500 Einwohner, nach KILANDER)

Anzahl d. Untersuch.	0	1	2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14
Prozent d. Schulen	17	18	7,9	21,6	16,4	5	1,6	4	8,5%

(Die obere Spalte bedeutet die Häufigkeit der Untersuchungen während der Schulzeit, die untere Spalte teilt die Schulen prozentmäßig nach der Anzahl der Untersuchungen auf).

Von 260 Städten, die nur eine Untersuchung verlangten, wurde diese in 121 Fällen als Schuleintrittsuntersuchung durchgeführt; 39 hatten diese Untersuchung schon im Kindergarten und 87 machten sie in der ersten Klasse. Die 13 restlichen verteilten sich auf die verschiedenen Klassen. (55)

Allgemein wird gefordert, daß vier Untersuchungen in der ganzen Schulzeit stattfinden sollen. (Bei 12 Schuljahren). Der Unterschied gegenüber unserer Einrichtung ist, daß in vielen Gemeinden die Schule den Eltern

empfiehlt, die in bestimmten Abständen vorzunehmenden Untersuchungen durch den Hausarzt durchführen zu lassen. 30 bis 40 % der Kinder vieler Schulen werden auf diese Weise regelmäßig von ihren Hausärzten untersucht, die dann ihre Befunde an die Schule schicken. Dies ermöglicht es den Familien, ihre Kinder von Ärzten untersuchen zu lassen, die sie besser als die Schulärzte kennen und veranlaßt die Eltern, sich mit ihren eigenen Ärzten über allgemeine Gesundheitsmaßnahmen zu beraten. Diese Einrichtung erlaubt es außerdem, daß sich der Schularzt ausschließlich mit den Kindern ärmerer Bevölkerungskreise befassen kann. (105)

Mit der Begründung, daß die Eltern die körperliche und geistige Verfassung und die Bedürfnisse ihrer Kinder besser kennen lernen würden, wird ihre Teilnahme an den schulärztlichen Untersuchungen propagiert. Auch ist dadurch die Gewähr gegeben, daß sich die Eltern auch wirklich für die Beseitigung der gefundenen Fehler einsetzen.

Von den Städten mit und über 2500 Einwohner in den USA konnten 52,9 % berichten, daß bei den schulärztlichen Untersuchungen der Schulanfänger in 50 - 100 % der Fälle die Kinder von einem Elternteil begleitet wurden.

Außerdem wird empfohlen, daß nach jeder Untersuchung sich Arzt, Eltern und Lehrer zu einer Konferenz zusammenfinden, wo die gefundenen Mängel besprochen und Pläne zu ihrer Beseitigung beraten werden.

In allen Schulen der USA besteht die Möglichkeit, Kinder, die dem Lehrer auffallen, einem Arzt vorzustellen. In 85,3 % der Schulen kommt dafür der Schularzt in Frage, in 42,4 % werden die Kinder über die Familie vom Hausarzt untersucht. (Überschneidung der Prozentzahlen, da in manchen Schulen beide Möglichkeiten bestehen). (55)

4. Überweisung zur Behandlung und Einleitung von Fürsorgemaßnahmen.

Seit Bestehen der Schulhygiene und des schulärztlichen Dienstes war es niemals Aufgabe des Schularztes, eine Behandlung der gefundenen Schäden vorzunehmen, seine Tätigkeit war diagnostischer Art. Durch Überweisung an die behandelnden Ärzte und durch deren Berichte kann der

Schularzt die Ausführung der vorgeschlagenen Maßnahmen kontrollieren.

Außer den behandlungsbedürftigen Kindern werden immer auch solche gefunden, die nicht direkt krank sind, sondern durch mäßigen Allgemein- und schlechten Ernährungszustand auffallen. Diesen Kindern, die entweder durch mangelnde Fürsorge zuhause oder durch schlechte Anpassungsfähigkeit an die Forderungen der Schule bzw. durch die manchmal gesundheitswidrigen Zustände in den Schulen, in ihrer Entwicklung gehemmt sind, soll durch Erholungsmaßnahmen geholfen werden. Daraus entstand die Schulkinderfürsorge als erster Zweig der Kinderfürsorge in der Zeit vor und besonders während des ersten Weltkrieges. Sie wurde als Spezialfürsorge bezeichnet und war anfangs die einzige organisierte Gesundheitsfürsorge. Sie umfaßte erholungsbedürftige, tuberkulöse, schwer erziehbare und schwachsinnige Kinder. Aus ihr entwickelte sich die Fürsorge für das vorschulpflichtige Alter, das Jugendalter und schließlich die Familienfürsorge. So ist die Schulkinderfürsorge vielerorts zum Schrittmacher der allgemeinen Gesundheitsfürsorge geworden. (91)

In Deutschland beruht das Verbot der Behandlung durch den Schularzt letztlich auf dem Gesetz z.V.d.G. von 1934. Nähere Bestimmungen über den Umfang von Fürsorgemaßnahmen sind nicht getroffen worden, so daß sowohl bei der Art der Überweisung, als auch in der Form der Fürsorgemaßnahmen Unterschiede bestehen, die bei staatlichen Gesundheitsämtern teilweise durch die Landesverwaltung aufeinander abgestimmt nicht so groß sind, wie bei den kommunalen Gesundheitsämtern.

Die Münchner Dienstanweisung bringt unter dem Kapitel "Sachgebiete" der schulärztlichen Tätigkeit u.a.: Überweisung in Sonderschulen, Berichte in Fürsorgeerziehungs-, Disziplinar- und Jugendgerichtsverfahren, Maßnahmen der Erholungs- und Ernährungsfürsorge und Überweisung in ärztliche oder fachärztliche Behandlung. Weiter hat sich der Schularzt an Hand der Überwachungsliste von der Durchführung seiner Anordnungen laufend zu überzeugen. Insbesondere ist darauf zu achten, daß die von ihm veranlaßte haus- oder fachärztliche Behandlung durchgeführt, der Überweisung an eine Fürsorgestelle Folge geleistet wird oder die Beschaffung von Heilmitteln erfolgt.

Die Nürnberger Dienstvorschrift erwähnt außerdem noch die Polikliniken als Überweisungsort.

Köln gibt hierzu besonders genaue Richtlinien in § 12 seiner Dienstvorschrift. Kinder mit behandlungsbedürftigen Gesundheitsschäden sind durch schriftliche Mitteilungen an die Erziehungsberechtigten in ärztliche oder fachärztliche Behandlung zu überweisen. Unklare Zustände, die mit den Mitteln des Schularztes nicht genügend geklärt werden können, sind besonderen fachärztlichen Stellen des Gesundheitsamtes oder entsprechenden Polikliniken zuzuführen, soweit nicht die Erziehungsberechtigten durch eigene Inanspruchnahme von Fachärzten diese Klärung herbeiführen.

In Bremen ist für die Erziehungsberatungsstelle in der Nervenklinik eine Kinderbeobachtungsstation eingerichtet worden, die Schwachsinnformen, sowie psychopathische und neuropathische Kinder, die in der Schule aufgefallen sind, aufnimmt und untersucht.

Ähnlich wie in Deutschland ist die Frage der Behandlung auch in Frankreich gelöst, wo die Eltern von dem Ergebnis der Schuluntersuchungen benachrichtigt werden und kranke oder behandlungsbedürftige Kinder an den Hausarzt überwiesen werden. (48)

Etwas anders ist die Regelung in England, das das Gesundheitswesen überhaupt verstaatlicht hat. Vor der Verabschiedung des nationalen Gesundheitsgesetzes verlangte das Erziehungsgesetz, auf dem die Schulgesundheitspflege basierte, daß die örtlichen Erziehungsbehörden für die Behandlung verschiedener Fehler zu sorgen oder die Behandlung zu sichern hätten. In vielen Fällen, wo mehr als ambulante Behandlung notwendig war, wurden die Kinder ihrem eigenen Arzt überwiesen. Es entstanden angeschlossen an die Schulen einzelne Behandlungsstellen, die für die Behandlung kleinerer Schäden sorgten. Weiter wurden Fachärzte angestellt, um Kinder, die Seh- oder Hörschwächen, bzw. Augen- oder Ohrenkrankheiten hatten, zu behandeln. Ähnliche Einrichtungen bestanden für orthopädische Fälle. Weiterhin gab es Spezialkliniken für Gebißfehler und Zahnerkrankungen, Sprachstörungen und Erziehungsfehler.

Nach Annahme des nationalen Gesundheitsgesetzes sind einige Änderungen eingetreten. Die Behandlung der kleinen Schäden wurde weiterhin

im Rahmen des Schulgesundheitsdienstes durchgeführt. Die Beratungsstellen für Sprachstörungen und Kindererziehung wurden den regionalen Krankenanstalten angeschlossen. Auch die Behandlung von Seh- und Hörfehlern, bzw. von Augen- und Ohrenkrankheiten durch Fachärzte wurde nicht mehr von den Erziehungsbehörden geleitet, sondern ging in das nationale Gesundheitsprogramm über. Nur ambulant mögliche Behandlungen wurden weiterhin von Schulärzten durchgeführt. Aber es ist nicht mehr die Aufgabe der Erziehungsbehörden, für die Behandlung aufzukommen; sie haben jedoch dafür zu sorgen, daß die Kinder die für sie notwendige Behandlung erhalten. (105)

In Schweden ist die staatlich unterstützte Gesundheitspflege nicht auf Krankenbehandlung eingestellt; nur die Schulärzte an Tauben- und Blindenschulen behandeln die Kinder auch. Der schwedische Schularzt darf behandeln, wenn eine einmalige Hilfeleistung ausreicht und ohne viel Zeitverlust für Schularzt und Schwester vorgenommen werden kann. Handelt es sich um Unfälle oder plötzliche Erkrankungen, soll der Schularzt die Behandlung einleiten. Für die psychische Gesundheitspflege erteilen die Schulärzte und Gesundheitspflegerinnen in Zusammenarbeit mit Lehrern und Schulpsychologen den Eltern auch therapeutische Ratschläge. (44)

In den Vereinigten Staaten überweisen die Schulärzte die Kinder meistens an den Hausarzt oder praktischen Arzt. Da es in den USA keine Krankenversicherung in unserem Sinne gibt, die die Honorierung der ärztlichen Sprechstunde und die Auslagen für die Medikamente übernimmt (die freiwilligen amerikanischen Versicherungen kommen gewöhnlich nur für Krankenhauskosten auf), müssen sämtliche Beratungen bei den Ärzten vom Patient selbst bezahlt werden. Wenn sich eine Familie für ihre Kinder einen praktischen Arzt nicht leisten kann, so stehen diesen Kindern, wie allen finanzschwachen Familien, die Ambulatorien der Krankenhäuser zur Verfügung, wo teils unentgeltlich, teils zu minimalen Beiträgen von den Krankenhausassistenten Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden.

Um auch fachärztliche Behandlungen ausführen zu können, stehen den in Facharztausbildung befindlichen Krankenhausärzten Fachärzte aus der freien Praxis unentgeltlich einige Stunden in der Woche zur Beratung zur Verfügung. Schutzimpfungen werden von den Gesundheitsämtern kontrolliert.

Besonders großer Wert wird auf Erziehungsberatung und psychische Hygiene "Mental Hygiene" gelegt. Die Beratungsstellen sind gewöhnlich an Kliniken oder Krankenhäuser angeschlossen. Child Guidance Clinic ist die Bezeichnung der überall entstehenden Beratungsstellen. Die dazu ausgebildeten Fachkräfte führen die Titel "Clinical Psychologist", "Clinical Psychiatrist" und eigene "Mental Health Nurses" stehen diesem Programm zur Verfügung. (88. 105)

Staatliche Fürsorgeeinrichtungen existieren kaum. Kinderverschickungen werden dort, wo sie notwendig erscheinen, von privaten und kirchlichen Organisationen durchgeführt.

Orthopädische Gymnastik für Haltungsschwache wird einmal im Rahmen des gewöhnlichen Turnunterrichts durchgeführt, für besondere Fälle haben wiederum die Krankenhäuser Abteilungen für "Physical Therapy", wo diese Kinder zu geringen Sätzen von geschulten Gymnasten behandelt werden. Diese Stellen sind besonders für die Nachbehandlung von Poliomyelitis eingerichtet und werden für unbemittelte Kinder aus einem Fond bezahlt.

Die Schulspeisung in unserem Sinne, nämlich für unterernährte und mittellose Kinder, ist selten, da alle Kinder in den Schulen wegen des sich über den ganzen Tag erstreckenden Unterrichts an einer Verköstigung teilnehmen.

Zu allen Schulgesundheitsprogrammen gehört auch die Schulzahnpflege, die je nach Land eine etwas andere Ausführung findet.

In München besteht eine Schulzahnklinik, deren Ärzte unabhängig von den schulärztlichen Untersuchungen das Gebiß der Schulkinder kontrollieren. Behandelt werden nur die in keiner Krankenkasse befindlichen Kinder. Alle übrigen werden an die niedergelassenen Kassenärzte überwiesen.

In Nürnberg werden in drei Schulzahnkliniken die Untersuchungen, denen sich sofort die Behandlung anschließt, durchgeführt. Im Gegensatz zu München wird es den Eltern freigestellt, ihr Kind in der Schulzahnklinik oder bei einem niedergelassenen Arzt behandeln zu lassen. 1949 war das Verhältnis 50 : 50. Auch hier zeigte sich ein ähnliches Ergebnis, das einst Bonn veranlaßte, die Schüler in der Schulzahnklinik

behandeln zu lassen. Im Jahre 1949 waren die Zähne der von den Schulzahnkliniken behandelten Kinder zu 98 - 100 % saniert, die von Zahnärzten in der Praxis behandelten nur zu 20 - 30 %.

Ebenso überläßt es Berlin den Eltern, ob sie ihre Kinder in den Schulzahnkliniken behandeln lassen wollen. Die Schulzahnärzte sind fast ausschließlich hauptamtlich angestellt. Jeder hat etwa 6000 Kinder zu betreuen.

In Hamburg wird die Schulzahnpflege ebenfalls durch hauptamtliche Kräfte durchgeführt. Eine zentrale kieferorthopädische Abteilung sorgt für Feststellung und Behandlung von Kieferanomalien.

In Köln bestanden 1952 22 Schulzahnpflegestellen, mit Behandlungseinheiten in den Schulen.

In Frankreich ist die Schulzahnpflege in den meisten Departements durch Aufstellung von nebenamtlichen Schulzahnärzten oder durch die Schulärzte selbst sichergestellt. (48)

In England, wo sich 1919 bereits 200 Schulzahnkliniken befanden, in denen 200 Zahnärzte, darunter 51 hauptamtliche arbeiteten, wird heute die Schulzahnpflege teils durch hauptamtliche Schulzahnärzte durchgeführt, teils ist die Zahnbehandlung der Schulkinder im Rahmen des nationalen Gesundheitsprogrammes festgelegt. Dort ist es Vorschrift, daß die Sanierung der Gebisse der Kinder mit Vorrang behandelt werden sollen. (20, 105)

In Schweden existierten bereits 1905 Schulzahnkliniken, in denen eine kostenlose Behandlung durchgeführt worden ist. Auch heute wird die Zahnbehandlung in vielen schwedischen Schulen durch hauptamtliche Schulzahnärzte durchgeführt. (44)

In der Schweiz gibt es, insbesondere in den städtischen Gemeinden, Schulzahnkliniken, in welchen angestellte Zahnärzte die Kinder betreuen. In einigen Gegenden, namentlich in Wallis, bestehen auch fahrbare Kliniken.

Im übrigen ist es auf dem Lande gewöhnlich so geregelt, daß ein oder mehrere Zahnärzte mit den Schulgemeinden Verträge abschließen, wonach die Kinder zu reduzierten Tarifen behandelt werden, wobei die Gemeinden gewöhnlich den Zahnärzten ihr Honorar garantieren.

In den USA besteht in verschiedenen Staaten keine Bestimmung über eine regelmäßige Untersuchung der Zähne bei Schulkindern; man meint, daß dies unnötig sei, da jedes Kind einmal im Jahr einen Zahnarzt aufsuchen sollte, unabhängig davon, ob das Gebiß Schäden aufweise oder nicht und ist daher der Ansicht, daß ein Gesundheitsprogramm, das die Lehrer anhält, jeden Schüler aufzufordern, zu seinem eigenen Zahnarzt zu gehen, das beste wäre.

Dem gegenüber findet man die Kosten, die eigene zahnärztliche Untersuchungen in den Schulen verursachen, an anderen Orten als gerechtfertigt. Außerdem werden in vielen Gemeinden in den Schulen an die Kinder Lösungen von Natriumfluorid verteilt und andere setzen ihrem Trinkwasser Fluor zu.

1950 hatten von den Gemeinden über 2500 Einwohner 41,4 % keine regelmäßigen Gebißkontrollen in ihren Schulen. Von diesen 41,1 %, die keine Gebißkontrollen hatten, gaben wiederum 40,7 % an, daß sie jene Kinder untersuchen, die nicht bei einem privaten Zahnarzt in Kontrolle stehen.

Tabelle 6

Anzahl der zahnärztlichen Untersuchungen in den Schulen der USA. (Die Ergebnisse stammen aus einer Rundfrage an die Gemeinden ab 2500 Einwohner. Spalte I enthält die Anzahl der Untersuchungen während der Schulzeit - 12 Jahre -, Spalte II gibt die prozentuale Verteilung, wenn die Summe der Antworten = 100 %.) (55)

Spalte I	0	1	2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14
Spalte II	41,1	8,1	2,9	10,3	14,1	6,2	2,6	13,2	1,5 %

89,2 % der Gemeinden haben nebenamtliche Schulzahnärzte, 25,7 % haben Zahnhygieniker und in 68,9 % arbeiten Hausärzte, private Zahnärzte, Gesundheitslehrer und Amtsärzte am Schulzahnprogramm mit.

Für mittellose Schulkinder, die sich keinen privaten Zahnarzt leisten können, kommen in 31,4 % die Gemeinden mit öffentlichen Geldern auf. In 48,5 % übernehmen private Vereinigungen die Finanzierung. (Vereinigung privater Zahnärzte, Service Clubs, American Legion,

Junior Chamber of Commerce, Parent-Teacher-Association, Community Chest, Family Welfare, Hospital Clinics und US Public Health Services.) Dabei bleibt eine Lücke von 31,1 % der Gemeinden, wo eine finanzielle Unterstützung zur Gebißsanierung ärmerer Kinder fehlt. (55)

Auch auf dem Gebiet der Kariesprophylaxe versucht man durch Gesundheitserziehung eine Besserung zu erzielen. Die neuesten Bestrebungen sind, schon den Kleinkindern, besonders aber den Schulkindern durch Unterricht die Schädlichkeiten der Kohlehydrate etc. für die Zähne beizubringen. GALAGAN schreibt: "Was hilft die beste Erziehungsabsicht, wenn die 'Gesellschaftssitten der Kinder' vorschreiben, Freundschaften bei Süßigkeiten und 'Soft Drinks' zu festigen. Ebenso hilft das Wissen, zum Zahnarzt gehen zu müssen, wenig, wenn es nicht von der Tat gefolgt ist." (29)

Wurden Vorträge in den Schulen früher nur von Zahnärzten oder Zahnhygienikern gehalten, so sind es heute schon die Lehrer, die durch ständiges Zureden die Kinder bewegen sollen, sich um ihr Gebiß zu kümmern, sei es durch eine zweckmäßige Ernährung, durch Fluorbehandlung oder durch Gebißsanierung. Es spricht gegen die Methode, daß die Zahnkaries in den USA im Steigen begriffen ist. (79)

Ein besonderes Programm wird in New York City durchgeführt. Das Schulzahnbehandlungsprogramm steht unter der Leitung der Abteilungen für öffentlichen Gesundheitsdienst und Erziehung. Alle Volksschulen und die unteren Klassen der höheren Schulen sind dem Programm angeschlossen. Alle Schulkinder erhalten von der Schule einen Überweisungsschein zu ihrem Zahnarzt, mit dem Auftrag, diesen Schein nach abgeschlossener Behandlung, die 100 %ige Sanierung erfordert, wieder in die Schule zurückzubringen. Klassen, in denen alle Schüler ihren 100 %igen Sanierungszettel gebracht haben, werden mit einem Orden ausgezeichnet. 1950/51 gab es von 23 000 Klassen 962 Ordensklassen. Kinder, die einen Zahnarzt nicht bezahlen konnten, wurden in Zahnkliniken des Gesundheitsdienstes behandelt. Auch hier wurde der Bogen nach völliger Sanierung ausgefüllt. In den Klassen, die eine 100 %ige Sanierung aufwiesen, wurden 98 % der Kinder von Privatärzten und 2 % in den Zahnkliniken behandelt. Bei Nachkontrollen wurden bei 16,8 % in den Kliniken und bei 18,5 % der von den praktischen Zahnärzten behandelten Kinder kariöse Herde in den Zähnen gefunden. (29)

Der auffallende Unterschied zu den deutschen Verhältnissen liegt in der annähernd gleichen Prozentzahl der Gebißsanierung bei praktischen Zahnärzten und Zahnkliniken (siehe Nürnberg, Seiten 71/72).

5. Auswertung der Ergebnisse.

Um das reichhaltige Material der schulärztlichen Untersuchungen wissenschaftlich auszuwerten, und um aus diesen Verwertungen Nutzen für die Festlegung schulärztlicher Maßnahmen zu gewinnen, wurde schon von den schulärztlichen Kongressen die statistische Auswertung der Ergebnisse gefordert. (12)

Im Handbuch der deutschen Schulhygiene wird darüber gesagt: Der schulärztliche Jahresbericht wird am Schluß des Schuljahres erstattet. Die Berichte gehen an eine Zentralstelle, den beamteten Stadtarzt, den leitenden Schularzt oder an die Schulbehörde. (82)

In den meisten Staaten, die einen schulärztlichen Dienst besitzen, besteht heute die Anordnung, die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen in Gesundheitsbögen oder Karteien festzuhalten. Einzelne Ergebnisse werden laufend in den entsprechenden Zeitschriften veröffentlicht. Es sei hier auf die Zeitschrift für den Schulgesundheitsdienst und die Schulhygiene, Gesundheit und Erziehung und in neuerer Zeit auf "Der öffentliche Gesundheitsdienst" hingewiesen. Es handelt sich hierbei jedoch fast ausschließlich um lokale Ergebnisse einzelner Untersucher. Große Zusammenstellungen der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen über regionale Grenzen hinaus fehlen.

In Deutschland besteht ein umfassender Beitrag aus Nürnberg (1950): "Berichte über die Tätigkeit des schulärztlichen Dienstes in Nürnberg." Im Bayerischen Statistischen Landesamt werden Jahresberichte der einzelnen Gesundheitsämter gesammelt. Da aber kaum Vorschriften über die Abfassung der Berichte bestehen, sind sie uneinheitlich, da es dem Amtsarzt überlassen bleibt, das zu berichten, was er für wichtig hält.

In England besteht eine eingehende Studie über den Gesundheitszustand der Schulkinder während des zweiten Weltkrieges. Aus Glasgow erhielt ich eine gute Zusammenstellung der Ergebnisse des Schulgesundheitsdienstes. (23, 47)

In den Vereinigten Staaten werden bei den schulärztlichen Untersuchungen ebenfalls Karteikarten angelegt. Die großen Statistiken, die in den USA bestehen, beruhen aber nicht auf den Ergebnissen der Schulärzte, sondern werden in besonderen Instituten, die an die Universitäten angeschlossen sind, erarbeitet. (z.B. Department of Maternal and Child Health, Harvard School of Public Health; Child Welfare Research Station, State University of Iowa.)

6. Vorschläge zur Gestaltung des schulärztlichen Programms.

Bei einer Einrichtung, die aus Steuermitteln finanziert wird, erhebt sich die Frage der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Nützlichkeit. Die Begründung der Notwendigkeit des schulärztlichen Dienstes ist eng mit der gesetzlich vorgeschriebenen allgemeinen Schulpflicht verbunden, die es allen Eltern zur Pflicht macht, ihre Kinder in eine Grundschule zu schicken. Es ist offensichtlich, daß diese Schulpflicht letztlich dem einzelnen genau so zugute kommt, wie dem Staate, der sich aber durch den Schulzwang verpflichtet, dafür zu sorgen, daß dem einzelnen aus dieser Maßnahme kein Schaden entsteht. Dies rechtfertigt die Forderung einer ärztlichen Beaufsichtigung der Schulkinder, auch wenn man der Schule nur positive Einflüsse auf das Kind zuschreiben könnte, verpflichtet jedoch zu einer ärztlichen Überwachung, wenn Schädigungen der Kinder möglich sind.

Es ist daher zu prüfen, welche Schädigungen im Schulalter auftreten und wie weit sie mit dem Schulbesuch in Zusammenhang stehen. Daran schließt sich die Überlegung, auf welche Weise man die Schäden verhüten oder sie auf ein nach den Umständen erreichbares Maß senken könne.

Die Erforschung der Schädigungen durch die Schule nahm ihren Ausgangspunkt etwa in der Mitte des vorigen Jahrhunderts, als von augenärztlicher Seite (12, 13) die Zunahme und Ursache der Kurzsichtigkeit bei den Schulkindern untersucht wurde. In den folgenden Jahrzehnten wurden die verschiedensten Störungen im Schulalter aufgegriffen und die Mitwirkung oder Auslösung durch den Schulbesuch erörtert. Da sich mit der Zeit auch die Probleme änderten, alte durch Verbesserung mangelhafter Zustände verschwanden, neue durch Ver-

Änderung der Lebensweise auftraten, ist die Erforschung der Schäden durch den Schulbesuch auch heute noch nicht abgeschlossen. Neu auftretende Probleme wird es wahrscheinlich immer geben, so daß der Schularzt sich laufend mit diesen Fragen auseinandersetzen muß.

Es ist nicht leicht, den Anteil der Schule an vielen Schädigungen und Erkrankungen festzustellen, zumal es sich bei den Schulkindern um eine Altersgruppe mit niedriger Morbidität handelt. Vergleichsgruppen nicht in die Schule gehender Kinder stehen in den zivilisierten Staaten wegen der allgemeinen Schulpflicht nicht zur Verfügung. Nur manche Fälle von Erkrankungen lassen einen kausalen Zusammenhang mit dem Schulbesuch erkennen. Breite statistische Ergebnisse von Untersuchungen an Klein- und Schulkindern würden eine halbwegs annehmbare Unterlage bieten, existieren aber nicht. Nur wenige Städte kamen den Forderungen der alten Schulhygiene nach, eine genaue Statistik zu führen.

Trotzdem ist es möglich, auf Grund allgemein hygienisch-medizinischer Erkenntnisse, Schädigungsursachen aufzudecken und für ihre Beseitigung zu sorgen.

Im Laufe der Jahre hat sich, nicht zuletzt durch die ständigen Forderungen der Ärzteschaft, vieles in den Schulen gebessert. Es besteht aber noch eine große Zahl von Mängeln, die nicht übersehen werden dürfen. Daher erweist sich der Schulgesundheitsdienst heute noch genau so notwendig, wie zur Zeit seiner Einführung, wenn auch vieles an Umwelthygiene und Entwicklungsbedingungen für die Schulkinder besser geworden ist. Die Zustände in manchen Schulen, beschädigte und unhygienische Gebäude, die nicht nur in den Städten, sondern auch in vielen Dörfern gefunden werden, Massenunterricht und Schichtwechsel sprechen ihre eigene Sprache. Dazu kommen heute die Gefahren des Schulwegs und in manchen Schulen Überbürdung durch den Lehrstoff.

Der Zweck der schulärztlichen Tätigkeit ist also, die Schulkinder vor Schäden zu schützen und zu der Förderung der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung der Kinder beizusteuern.

Dabei ergeben sich einmal Probleme, die direkt mit dem Schulbesuch in Beziehung stehen: Schulhaushygiene, Unterrichtshygiene, Einschulung,

Gesundheitsschädigung durch die Schule und Berufsberatung. Außerdem ist aber die Möglichkeit gegeben, den allgemeinen Gesundheitszustand dieser Altersgruppe zu überwachen und letztlich kann eine genaue statistische Erfassung der Ergebnisse einen Überblick über den Gesundheitszustand einer umschriebenen Altersgruppe geben, was sowohl gesundheitspolitisch zweckmäßig, wie der forschenden Medizin von Nutzen sein kann, indem sie es ihr ermöglicht, Erkenntnisse zu gewinnen, die dem Schulkind wiederum zugute kommen.

a) Die Gebiete, die direkt mit der Schule in Verbindung stehen, müssen im Rahmen der Schule gelöst werden, wobei eine Zusammenarbeit aller am schulärztlichen Dienst direkt beteiligten Kräfte mit den im weitesten Sinne an der gesunden Entwicklung der Kinder interessierten Kreisen notwendig ist:

Schularzt und Schulfürsorgerin bei den schulärztlichen Untersuchungen, beide mit den Lehrkräften in den Schulen, den Eltern als Erziehungsberechtigten zuhause und den behandelnden Ärzten.

Wie es dabei heute bei uns in Deutschland mit dem Schulbau und der Schulhaushygiene steht, ist bekannt. Ich habe versucht, in dem Abschnitt über Schulhaushygiene den bestehenden Forderungen die bereits unternommenen Anstrengungen gegenüberzustellen. Dabei ist es erfreulich festzustellen, wieweit sich Pädagogen, Architekten und Ärzte mit der Lösung dieser Frage befaßt haben, was angeregt wurde und was an manchen Stellen schon Nützliches geleistet worden ist. Der Schule selbst mit Mahnungen über die Schäden, die durch unhygienische Gebäude, Riesenklassen und Schichtunterricht angerichtet werden können, zu kommen, hieße aber offene Türen einrennen, denn die Lehrer sind genau so wie die Kinder Leidtragende dieser Situation. Das eigentliche Problem der mangelhaften Schulgebäude besteht im Fehlen einer großzügigen Finanzierung. Daß es unserem Staat nach einem verlorenen Krieg an ausreichenden Geldmitteln gefehlt hat, ist verständlich, andererseits ist es aber so, daß die Erwachsenen an ihren Arbeitsplätzen die Kriegsschäden zum größten Teil während der Wirtschaftskonjunktur beseitigt haben, während sie ihren Kindern zumuten, unter den Kriegsfolgen, für die diese am wenigsten können, zu leiden. Die Aufgabe der Schulärzte wäre es, als ständige Mahner bei den betreffenden Stellen aufzutreten und nötigenfalls mit ih-

ren Forderungen einer ausreichenden Mittelzuteilung vor die Öffentlichkeit zu treten.

Soweit der Arzt Einfluß auf Unterricht und Lehrstoff nehmen sollte, wird in den Volksschulen wohl kaum eine Differenz zwischen ihm und dem Lehrer entstehen, da ein Lehrer, der allein eine Klasse unterrichtet, gewöhnlich weiß, was er seinen Kindern zumuten kann. Dagegen kommt es an Schulen mit Fachlehrern öfters zu Überschneidungen und Überforderungen, die durch gegenseitige Aussprachen, wobei ärztlicher Rat angebracht wäre, beseitigt werden können. Insofern es sich dabei um höhere Schulen, die bei uns Ausleseschulen sind, handelt, ist das Anlegen eines strengeren Maßstabes von Seiten der Pädagogen zu verstehen und durchaus zu billigen, da eine Ausleseschule eben nur für einen bestimmten Kreis durch Intelligenz und Interesse ausgezeichnete Kinder bestimmt ist. Verständnis für die Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit der Kinder muß aber nicht nur von den Pädagogen, sondern auch von den Eltern verlangt werden. Dabei kann das Problem der Aufnahme in eine höhere Schule durch eine Aussprache zwischen Eltern, Lehrer und Arzt positiv gestaltet werden.

Für das Kind aus geschlossener Familie, das in die erste Klasse der Schule aufgenommen wird, beginnt ein völlig neuer Abschnitt seines Lebens. Aus der kleinen Gruppe der Familie hat es sich in einer größeren Gemeinschaft zurechtzufinden. Es wird ihm eine Aufgabe gestellt, die neben einer entsprechenden körperlichen Verfassung eine geistige und seelische Reife fordert, um den verlangten Aufgaben von Konzentration, Leistungsbereitschaft und Mitarbeit nachkommen zu können. Es ist daher keine unbillige Forderung, die Einschulung von einem Arzt, der ein guter Kenner der körperlichen und seelischen Entwicklung der Kinder sein muß, begutachten zu lassen und seinen Rat gemeinsam mit dem des Pädagogen zu befolgen.

Ein fixiertes Alter für die Einschulung ist, um einen allgemeinen Anhaltspunkt zu haben, erforderlich, es darf dabei aber die bereits in diesem Alter erhebliche Schwankungsbreite der Entwicklung nicht übersehen werden.

Nach der Einschulung soll der Schularzt in engem Kontakt mit dem Lehrpersonal die eingeschulten Kinder überwachen und muß bemüht sein, Kindern die Qual eines Schuljahres, in dem sie den Anforderungen nicht gewachsen sind, zu ersparen. Ebenso soll er dafür sorgen, daß Kinder mit konstitutionell kleinerem Körperwuchs, aber altersgemäßer Entwicklung nicht zurückgestellt werden. So wie bei zu früh eingeschulten Kindern der Lehrer, kann bei versehentlich zurückgestellten Kindern der Hausarzt, der das Kind oft von Geburt an kennt, dem Schularzt wertvolle Ratschläge geben.

Bei Kindern, die sowohl körperlich als auch geistig einer durchschnittlichen Schulbildung nicht gewachsen sind, wird der Schularzt in der Hauptsache die Verantwortung der Einweisung in eine Sonderschule zu tragen haben.

Während der Schulzeit ist eine regelmäßige ärztliche Überwachung der Schulkinder erforderlich, um einmal gesundheitsgefährdete Kinder zu schützen und Erholungsmaßnahmen zuzuführen oder um Kinder, die behandlungsbedürftig erscheinen, in ärztliche Versorgung zu bringen, sowie die Ursachen von Schädigungen, soweit sie im Bereich der Schule liegen, zu finden und ihre Beseitigung zu fordern.

Hat das Kind seine Schulzeit erfolgreich beenden können, wird ihm der Arzt wie der Pädagoge bei der Berufswahl Ratschläge erteilen können. Außerdem soll der Arzt die in Berufsausbildung Stehenden weiterhin beraten, um die Einwirkungen der Berufsausübung auf die körperlichen und seelischen Kräfte zu verfolgen, damit jederzeit für die Behandlung aufgetretener Störungen gesorgt werden kann.

b) Außer diesen Gebieten, die sich aus der Schule und deren Einwirkung auf den kindlichen Organismus ergeben, besteht im schulärztlichen Dienst die Möglichkeit, eine allgemeine Gesundheitsführung der Schulkinder durchzuführen. Durch den Schularzt ist eine ärztliche Überwachung der Kinder aller Volksschichten gegeben. Es bietet sich eine einmalige Gelegenheit, zuhause nicht beachtete Schäden und Erkrankungen, die mit der Schule in keinem Zusammenhang stehen, zu erkennen - organische Erkrankungen, Haltungsfehler, Fehlernährung, akute und chronische Infektionskrankheiten und kariöse Zähne - und einer ärztlichen Behandlung zuzuführen. Außerdem kann hier im breiten Rah-

men für die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen geworben werden, sowohl auf dem Gebiet der allgemeinen Hygiene, wie auf dem Gebiet des Seuchenschutzes.

c) Auf keinem anderen Gebiet der Medizin wird eine Menschengruppe so vollständig erfaßt, wie im schulärztlichen Dienst. Die Erfahrungen des Schularztes sind daher für die Erkenntnisse der Gruppenmedizin auf dem Gebiet von Wachstum und Entwicklung, sowie über den Gesundheitszustand einer Bevölkerungsgruppe von Nutzen, wenn verlässliche und vergleichbare Unterlagen erarbeitet werden.

VI. D e r S c h u l a r z t

ELLINGER (21) sprach 1877 zum ersten Mal von einem Schularzt. War es bis zu diesem Zeitpunkt die Hygiene von Schulgebäuden und Schulzimmern, die die Gemüter beschäftigte, so wurde, wenn auch schon früher Ansätze zu einer Unterrichtshygiene gemacht worden waren, hier das Schulkind in den Mittelpunkt der Betrachtungen gerückt.

Mit der Entwicklung der Schulhygiene, mit ihrer Erweiterung zur Schulgesundheitspflege war der Aufgabenkreis des Schulhygienikers, des Schularztes, ständig erweitert worden. Dies erforderte zunehmende Beschäftigung des Arztes nicht nur mit der Hygiene, sondern auch mit dem Wesen der Schulkinder, ihren Anfälligkeiten und Erkrankungen, deren Auslösung und Verhütung.

1. Stellung des Schularztes.

Da um die Jahrhundertwende viele Staaten in ihren Großstädten einen schulärztlichen Dienst eingerichtet hatten und ihm mehr und mehr vervollkommen wollten, führte dies laufend zur Anstellung neuer Schulärzte. Hand in Hand mit der Intensivierung der Arbeit und der Zunahme der Aufgabengebiete ging die Frage der Ausbildung des Schularztes, und das Problem eines Facharztes für Schulhygiene löste die Debatte über den haupt- und nebenamtlich tätigen Schularzt aus.

Wiesbaden, das sich bereits 1897 zu einem Dienstplan mit nebenamtlichen Schulärzten entschlossen hatte, fand viele Nachahmer, so daß sich in dem ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts der nebenamtliche Schularzt eingebürgert hatte.

Mannheim, das im Jahre 1904 (siehe Kapitel Geschichte) mit dem Schularzt im Hauptamt auftrat, fand anfänglich nur wenige Nachfolger. (Ul'm, Freiburg i.B., Halle.)

Hier bahnte sich jedoch nach dem ersten Weltkrieg eine durchgreifende Änderung an, so daß bis zur Einführung des Gesetzes z.V.d.G. 1934 die meisten größeren Städte in

Deutschland den hauptamtlichen Schularzt eingeführt hatten. (33, 82)

LEUBUSCHER (57) schreibt im Handbuch der deutschen Schulhygiene 1914: "Als Schularzt bezeichnet man in Deutschland einen Arzt, der die hygienische Beaufsichtigung der Schulgebäude, der inneren Einrichtungen und vor allem eine Kontrolle des Gesundheitszustandes der Schuljugend zu üben hat. Wenn wir diesen Begriff des Schularztes festhalten, so können jene Einrichtungen in deutschen Staaten oder Städten nicht als schulärztlich bezeichnet werden, bei denen Ärzten irgendwelche schulhygienische Aufgaben nebenher übertragen worden sind. Physici, Armen- und Kommunalärzte usw. sind vielfach auch vor der Einführung der Schulärzte mit gewissen Aufgaben hinsichtlich einer Kontrolle der Schulgebäude betraut gewesen. Die eigentliche Bedeutung des Schularztes liegt aber, zur Zeit wenigstens, in der Schülerhygiene."

Auch die Frage des haupt- oder nebenamtlichen Schularztes wird dort behandelt. Als Schularzt im Hauptamte wird der Arzt bezeichnet, der sich nur der Schulgesundheitspflege widmet und daneben anderweitige amtliche Tätigkeit nicht übt, vor allem keine Privatpraxis treibt. LEUBUSCHER empfiehlt für die größeren Städte den Schularzt im Hauptamt, da dieser nicht durch die Mühen der ärztlichen Praxis abgelenkt, die schulhygienische Literatur eher verfolgen und sich zu eigen machen kann. Ferner bietet der schulärztliche Dienst in seiner Hand eine größere Einheitlichkeit, auch in der Verarbeitung des gewonnenen Materials. Der nebenamtliche Schularzt eigne sich aber besser für kleine Städte und Landschulen, wo der Arzt als Vertrauensperson der Bevölkerung die sozialen Verhältnisse, Vorkommen von Erbkrankheiten kennt und die Kinder schon früher behandelt hat. Vor allem könne er durch seinen persönlichen Einfluß den schulärztlichen Forderungen erhöhten Nachdruck geben.

Als unzureichend wird es bezeichnet, wenn den Bezirksärzten, Physicis oder Oberamtsärzten die schulärztliche Funktion übertragen wird. (57/570)

Von 1914 liegt ein Bericht über das Verhältnis von haupt- und nebenamtlichen Schulärzten vor. Von 48 Städten mit oder über 100 000

Einwohnern hatten zehn hauptamtliche, 36 nebenamtliche und 2 gemischte Systeme. (78)

Dieses Verhältnis änderte sich nach dem ersten Weltkrieg und der Inflation ständig zu Gunsten der hauptamtlichen Schulärzte. Immer mehr Stellenangebote für Schulärzte im Hauptamt erscheinen in der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege.

Es ist zu verstehen, daß sich aus der Gegensätzlichkeit - haupt- und nebenamtlicher Schularzt - eine lebhafte Diskussion entwickelte, die in vielen Veröffentlichungen jener Jahre ihren Niederschlag fand. Verschiedene Gesichtspunkte und Argumente wurden von beiden Seiten ins Feld geführt und erläutert. (3, 94)

Durch das Gesetz z.V.d.G. wurde in Deutschland diese Frage soweit geregelt, daß der Leiter des schulärztlichen Dienstes einer Stadt oder Gemeinde immer der Amtsarzt ist. Er kann, soweit er es für nötig hält, Schulärzte im Haupt- oder Nebenamt anstellen. Dabei wurde mit der Frage, zu welcher Form dem Amtsarzt zu raten sei, das Problem des haupt- oder nebenamtlichen Schularztes wieder akut.

HATTINGBERG (42) verglich 1934 das Wiesbadener nebenamtliche System, das nicht nur zwischen den Schulärzten verschiedener Städte, sondern auch innerhalb der Schulärzteschaft ein und derselben Gemeinde unterschiedliche Dienstauffassungen herbeiführe, mit dem Mannheimer hauptamtlichen System, das den Vorteil der Sicherung einer einheitlichen Dienstgestaltung, wenigstens innerhalb einer Gemeinde für sich habe und leitet aus den Forderungen, daß der Schularzt neben seiner persönlichen Eignung für den sozialen Dienst und der entsprechenden Vorbildung auch für die Erhaltung seiner ärztlichen Wesensart zu sorgen habe, die Unentbehrlichkeit des nebenamtlichen Schularztes ab. Er sieht das gemischte System als die am besten geeignete Lösung an. Dem hauptamtlichen Schularzt schreibt er die Rolle des führenden Arztes in der Schulgesundheitspflege zu; es sei seine Aufgabe, für die Einheitlichkeit der Durchführung und die Zusammenfassung des schulärztlichen Dienstes, die Erarbeitung der Grundlagen und Ergebnisse des Schulgesundheitsdienstes Sorge zu tragen, sowie sich der Vortrags- und Lehrtätigkeit zu widmen. Mehrere nebenamtliche Schulärzte sollten in einem Bezirk mit einem hauptamtlichen Schularzt,

der deren Teilgebiete überblicken kann, zusammenarbeiten.

Als im Krieg eine Großzahl der Schulärzte eingezogen war, trat die Frage haupt- oder nebenamtlich zurück. Vielfach waren es jetzt praktizierende Ärzte, die, wenn ein Schulgesundheitsdienst überhaupt noch bestand, nebenamtlich Untersuchungen der Schulkinder durchführten.

Als nach dem Krieg viele Gesundheitsämter aus der Hand des Staates in die der Kommunen übergingen, wurde die Frage, haupt- oder nebenamtlicher Schularzt, von jedem Gesundheitsamt nach eigenem Ermessen und Tradition gelöst.

In Deutschland scheint somit der Meinungs austausch darüber in den Hintergrund getreten zu sein, denn es existieren kaum noch Diskussionen darüber, ob ein Schularzt im Haupt- oder Nebenamt angestellt werden soll.

HAGEN (39) schreibt 1952: "Schulärzte und -ärztinnen können haupt- oder nebenamtlich angestellt werden. Ein rein nebenamtliches Schularztsystem erschwert die Einheitlichkeit der Arbeit und die Zusammenarbeit mit den Behörden und Verbänden. Die Zuziehung nebenamtlicher Schulärzte neben einem Kern hauptamtlicher Ärzte erleichtert die Versorgung kleinerer und entlegener Bezirke."

Sinngemäß wünscht derselbe Autor anderorts (38), den schulärztlichen Dienst im allgemeinen durch hauptamtliche Ärzte durchführen zu lassen, nebenamtliche sollen nur entsprechend den örtlichen Erfordernissen herangezogen werden.

Damit wird für den deutschen Schulgesundheitsdienst vom Bundesinnenministerium der hauptamtliche Schularzt als anzustrebende Lösung empfohlen.

In Österreich, das nach dem Krieg von sich aus einen neuen Gesundheitsdienst aufzubauen begann, hat man sich aus verständlichen Gründen nicht an das Gesetz z.V.d.G. angelehnt, sondern suchte eigene Wege zu gehen. So wird auf dem Gebiet der Schulgesundheitspflege das Anstellungsverhältnis der Ärzte noch diskutiert.

HABERDA (37) bricht eine Lanze für den nebenamtlichen Schularzt: "Der nebenberufliche - also außerhalb der Schule praktisch tätige - Schularzt, der von der Stadtverwaltung bestellt ist und nicht den Charakter eines Amtsarztes trägt, hat die Verpflichtung, in den ihm anvertrauten Schulen regelmäßig alle 14 Tage Sprechstunden abzuhalten. Die Untersuchungen erstrecken sich auf einzelne Fälle, die von den Lehrern oder auch vom Schularzt selber als auffällig ausgewählt sind, sowie auf ganze Jahrgänge."

Auf die Tätigkeit der Schulärzte hinweisend, kommt er zur Ablehnung des hauptamtlichen Schularztes, da nicht jede Beschränkung in einer Berufstätigkeit eine Spezialisierung bedeute. Zum Vergleich mit den Begründungen, die einst Mannheim für seinen hauptamtlichen Schularzt gab (siehe Geschichte) bringe ich die Worte von GRÜNBERG über den nebenamtlichen Schularzt:

"In unserem Falle zeigt die Erfahrung in den meisten Ländern, daß der Schularzt, von seiner Wurzel, die stets im vollpraktizierenden Arzt gesucht werden muß, abgeschnitten, nicht etwa einen höheren wissenschaftlichen Rang auf seinem Gebiet erreicht, sondern bloß eine anämische und dem Beamten angenäherte Sonderform des nebenamtlichen Schularztes ausbildet. So sehr die Beschäftigung mit den Schulkindern gelegentlich der reihenweisen Untersuchungen geeignet ist, einem dafür empfänglichen Arzt Möglichkeiten medizinischer Studien zu erschließen, die wesentlich von den Eindrücken der Klinik, wie denen in der ärztlichen Ordination abweichen, ist doch umgekehrt die Anwendung lebendiger ärztlicher Erfahrung, die immer aufs Neue erworben sein muß, auf die Tätigkeit des Schularztes noch bedeutungsvoller. Nirgends sind "Gesundheitsbeamte" schlechter angebracht, als in den Schulen. Die hygienischen Fragen sind nicht dazu angetan, von vielen einzelnen Schulärzten behandelt zu werden; sie verlangen nach einer einheitlichen, von der medizinischen Wissenschaft gemeinsam vertretenen Lösung, welche dann auf ihre technische Durchführbarkeit hin geprüft wird. Für Statistiker aber benötigt man Personen, in unserem Fall Ärzte, mit besonderen Neigungen und Fähigkeiten, die jedoch durchaus nicht mit denjenigen zusammenfallen oder einherzugehen pflegen, welche jene Personen auszeichnen, deren Arbeit die statistischen Daten entstammen."

"Nicht zu verwechseln ist die eben behandelte Frage mit jener nach der Notwendigkeit von hauptamtlichen Ärzten im Schuldienst, die in den großen Städten die organisatorische Leitung, den Verkehr mit den Schulbehörden und Jugendfürsorgeämtern, schließlich die statistische Auswertung zu leisten haben. Ebenso kann es zweckmäßig sein in Landgebieten, wo die Bevölkerung stark zerstreut siedelt, "hauptamtliche" Schulärzte, die allerdings dann verschiedene Funktionen in sich vereinen, anzustellen; solche Ärzte dienen nämlich in der Regel ebenso der Bekämpfung der Tuberkulose, fungieren als Impfärzte, besorgen womöglich noch die Zahnbehandlung der Kinder usw."

Die Auffassung, die einst HATTINGBERG veröffentlichte und die hier gebrachten Ansichten von GRÜNBERG ähneln sich in vielen Teilen. Die Arbeitsteilung zwischen nebenamtlichen und hauptamtlichen Schulärzten ist die Grundlage beider Meinungen, wobei HATTINGBERG dem hauptamtlichen Schularzt eine größere Bedeutung beimißt.

Auch in den Vereinigten Staaten, in denen die Organisationsform des schulärztlichen Dienstes etwa der unseren vor 30 Jahren entspricht, d.h. daß das Schularztproblem auf örtlicher Ebene und zum größten Teil von den Schulen selbst geregelt wird, hat man sich mit der Frage des haupt- oder nebenamtlichen Schularztes beschäftigt.

1953 wurde vom Komitee für berufsmäßige Erziehung - Committee on professional Education of the American Public Health Association - ein Vorschlag über die Organisation des schulärztlichen Dienstes im Hinblick auf die Ausbildung der Schulärzte veröffentlicht. (14)

Dabei ist die Tendenz, auch hier ein einheitliches System anzubahnen, unverkennbar. Als Zweck wird die Herausarbeitung von zwei Arten von Schulärzten angegeben, dem Schularzt, der seine ganze Zeit im Schulgesundheitsdienst verbringt - Director of School Health Service - und den unter ihm arbeitenden nebenamtlichen Schulärzten - School Medical Advisors - . Der hauptamtliche Schularzt soll entweder von der Gesundheitsbehörde im Range eines "Health Officers" oder von der Schulbehörde im Range eines "Assistant Superintendent" angestellt werden. Er soll den Kurs der Schulgesundheitspflege in seinem Bereich bestimmen und dem Amtsarzt - Public Health Officer - , Schulleiter oder beiden verantwortlich sein.

Das Schulgesundheitsprogramm einer Stadt könnte dann von einem "Director of School Health Service" geleitet werden, der, falls es sich um eine größere Ortschaft handelt, je nach Bedarf Oberärzte anstellen könnte. In sehr kleinen Städten oder Landgemeinden wäre es günstig, für mehrere Gemeinden einen hauptamtlichen Schularzt anzustellen, der, wenn es möglich ist, diese Aufgabe dem Amtsarzt (Public Health Officer) zu übertragen, falls dieser die Eignung und Erfahrung für dieses Amt hat.

Der nebenamtliche Schularzt soll bei der Planung nur als Ratgeber des hauptamtlichen Arztes fungieren und in der Hauptsache mit der Ausführung der Programme betraut werden. Diese Art von Schulärzten sollen aus geeigneten Ärzten der Gemeinde ausgewählt werden, die den Wunsch haben, einen Teil ihrer Zeit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu widmen. (14)

Abschließend kann gesagt werden, daß diese Ansichten, wenn sie für die amerikanischen Verhältnisse, wo es kaum einen hauptamtlichen Schularzt gibt, auch von sehr theoretischer Bedeutung sind, denen der zuvor zitierten europäischen Autoren sehr ähneln.

2. Ausbildung des Schularztes.

Eng mit der Frage des Anstellungsverhältnisses ging die nach der Ausbildung der Schulärzte einher. Besonders mit der Zunahme der Aufgabengebiete des Schularztes und der Verbreiterung der Erfahrungen auf dem Gebiet der jugendärztlichen Tätigkeit rückte das Problem einer Sonderausbildung für den Schularzt in den Gesichtskreis.

Waren es vor 1930 die Fortschritte in der Pädiatrie, die eine kinderärztliche Fortbildung für den Schularzt wünschenswert erscheinen ließen, so hatte sich der Schularzt in den folgenden Jahren mit den Erkenntnissen über die Entwicklung im Jugendalter und den Erfahrungen der Konstitutionswissenschaft auseinanderzusetzen. Die Entwicklung der Jugendpsychologie und -psychiatrie mußte vom Jugendarzt, um auf diesem Gebiet sein Mitspracherecht erhalten zu können, verfolgt und die neuen Erkenntnisse in sein Wissen aufgenommen werden. Nach 1933 war es die Rassenlehre, ohne deren Kenntnisse niemand Schularzt werden konnte.

Die Ausbildung der Schulärzte, wie sie vor dem ersten Weltkrieg gefordert wurde, geht aus dem Handbuch der Schulhygiene hervor. (57/ 571) Der Schularzt sollte neben guter allgemeiner ärztlicher Ausbildung spezielle schulhygienische Kenntnisse und Erfahrungen haben. Er mußte Kenntnis über die Untersuchungsmethoden von Augen und Ohren haben, mußte mit den im Kindes- und Jugendalter auftretenden nervösen und psychischen Schwankungen und Störungen vertraut sein und ebenfalls Kenntnisse auf dem Gebiet der Seuchenlehre besitzen. Ebenso sollte er Interesse für die sozialen Schäden und sozialen Forderungen aufbringen. Als Hilfsschularzt braucht er Kenntnisse auf dem Gebiet der Psychologie und Physiologie, als Arzt an Skoliosenschulen Erfahrungen in der Orthopädie.

Um eine gute schulärztliche Ausbildung zu ermöglichen, hatte man bei der Kölner Akademie für praktische Medizin Schularzturse eingeführt. (57/571)

HATTINGBERG (42) fordert neben einer nötigen wissenschaftlichen Vorbildung, die sich auf Erfahrungen in der Kinderheilkunde und Kinderkunde erstrecken solle - wobei praktische Ärzte, Fachärzte für Kinderheilkunde und innerer Medizin gleichgestellt werden - und einen speziellen Kurs für Schulgesundheitspflege von ausreichender Dauer u.a. über konstitutionelle Diagnostik, Psychologie und Psychopathologie des Kinder- und Jugendalters, eine ausreichende praktische ärztliche Erfahrung. Jeder Bewerber um eine Schularztstelle sollte mehrere Jahre, mindestens zwei, als frei praktizierender Arzt tätig gewesen sein.

Als Ausbildung des von ihm vorgeschlagenen hauptamtlichen Schularztes verlangt HABERDA (37) theoretische und praktische Sonderausbildung in Kinderheilkunde, Psychiatrie und Hygiene. Dieser Arzt sollte zum Facharzt für Schulhygiene werden. Ebenso müßte er pädagogische Vorlesungen besuchen und eine Lehramtsprüfung ablegen, die ihn befähige, in Volks- und Hauptschulen "erste Hilfe" und "Hygiene", in den höheren Schulen "Somatologie" zu unterrichten.

Ebenso wie LEUBUSCHER lehnt GRÜNBERG (34) den Amtsarzt als Schularzt ab. Die Gebiete von Amts- und Schularzt haben sich im Laufe der Jahre erweitert und differenziert, so daß ein Zusammenlegen unmöglich erscheine. Ob aber der allgemein praktische Arzt oder der Kinderfach-

arzt für die schulärztliche Tätigkeit geeigneter sei, dürfe kaum zu entscheiden sein. GRÜNBERG beklagt, daß eine wirklich entsprechende Ausbildung für den Schularzt nirgends gegeben sei und kommt zu der Ansicht, daß, solange keine geeignete Ausbildung vorhanden sei, der mitten im ärztlichen Wirken stehende und den Kindern und jungen Menschen zugetane Arzt am besten der Aufgabe dienen könne, mag er nun den Titel eines Kinderfacharztes oder den eines allgemein praktizierenden Arztes haben.

Die Zukunftspläne der American Public Health Association für ihren hauptamtlichen Schularzt umfassen ein reichhaltiges Gebiet einer Spezialausbildung.

"Die Reichweite der modernen Schulgesundheits Tätigkeit verlange, daß der hauptamtliche Schularzt, der sowohl ein Mann, wie eine Frau sein kann, eine besondere Ausbildung sowohl in Erziehungsfragen, als auch in Fragen des öffentlichen Gesundheitsdienstes haben müsse."

Neben guten allgemeinärztlichen Erfahrungen wird gefordert: Kenntnis der Grundprinzipien des öffentlichen Gesundheitsdienstes, eingeschlossen die allgemeine Epidemiologie, Lebensstatistik, Statistikanfertigung, Gesundheitsfürsorge und Verwaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gesundheitspflege und Gesundheitserziehung. Ebenso muß er Kenntnis und Erfahrung über Wachstum und Entwicklung der Kinder, Erziehungspsychologie, Pädagogik, Krüppelfürsorge, seelische Hygiene und Schulverwaltungsformen, besonders der der Schulgesundheitspflege, haben.

Der hauptamtliche Schularzt solle vorher als nebenamtlicher Schularzt gearbeitet haben, wobei zwei oder mehr Jahre gewünscht werden. Außerdem soll eine Praktikantenzeit von mindestens 3 Monaten gefordert werden, um ihn in sein Arbeitsfeld einzuführen. Vernachlässigt dürfen bei der Auswahl auch die persönlichen Fähigkeiten nicht werden, besonders im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Kräften. Es wird die Eignung im Verstehen anderer Menschen, die Fähigkeit mit Untergebenen auszukommen und sie zu fördern, Anpassungsfähigkeit und ein freundliches aber entschlossenes Wesen verlangt. Besonders wird hervorgehoben, daß er Geschicklichkeit in der Verhand-

lung mit den praktischen Ärzten, aber auch mit den Behörden haben müsse.

Auch für den nebenamtlichen Schularzt werden besondere Kenntnisse verlangt: "Wissen und Erfahrung in der Kinderheilkunde, der inneren Medizin, der Jugendpsychiatrie und eine zuverlässige klinische Grundlage." Auch hier wird die Fähigkeit, mit seinen Mitarbeitern, wie Lehrern, Schwestern, Eltern, praktischen Ärzten und Fachärzten, sowie den örtlichen Gesundheitsbehörden und Wohlfahrtsorganisationen zusammenarbeiten zu können, hervorgehoben. An erster Stelle müsse der Arzt Interesse an Kindern haben, ihnen helfen wollen und Verständnis für ihre Probleme aufbringen können. (14)

3. Schülerzahl pro Schularzt.

Vor der Einführung des Schülerarztes konnte ein Stadtarzt die Schulen beaufsichtigen. Mit der Zunahme der Aufgaben, besonders durch die Einführung der Reihenuntersuchungen, mußte die Schülerzahl, für die ein Arzt zuständig war, immer kleiner werden.

Eine Übersicht aus dem Jahre 1914 möge das Verhältnis Schularzt - Schülerzahl beleuchten:

Tabelle 7

Hauptamtliche Schulärzte versorgten:

(nach ROTHFELD, 78)

Stadt	Anzahl der Ärzte	Anzahl der Schüler	Verhältnis
Augsburg	1	18 000	1 : 18 000
Barmen	1	26 000	1 : 26 000
Berlin-Schönebg	2	13 000	1 : 6 500
Kiel	2	24 000	1 : 12 000
Halle	2	28 700	1 : 14 350
Altona	2	23 000	1 : 12 500
Mannheim	3	34 600	1 : 11 500
Essen	3	55 000	1 : 18 300
Chemnitz	4	45 660	1 : 11 400
Düsseldorf	4	52 000	1 : 13 000

In Städten mit nebenamtlichen Schulärzten entfielen auf einen Arzt in

Hamburg	9000	Bremen	2800	Hamborn	1300
Krefeld	5000	Karlsruhe	2800	Posen	1300
Berlin	4500	Berlin-Wilm.	2600	Elberfeld	1100
Plauen	4000	Charlottenb.	1400	Braunschweig	1000
Dresden	3400	Mülheim a.R.	1400	Magdeburg	900
Nürnberg	3200	Wiesbaden	1400	Schulkinder.	

Das Handbuch der Schulhygiene stellt hierzu fest, daß ein hauptamtlicher Schularzt nicht mehr als 4000 Schüler im Jahr zu untersuchen haben solle; der nebenamtliche Arzt entsprechend weniger. (57)

Als erster deutscher Landkreis hat Mettmann 1910 einen hauptamtlichen Schularzt für 84 Schulen mit 18 649 Schulkinder eingestellt. (101)

Vergleichszahlen vor dem ersten Weltkrieg aus dem Ausland zeigen, daß die Verhältnisse ähnlich waren.

In Triest waren ein hauptamtlicher und acht nebenamtliche Schulärzte tätig, wobei auf einen Arzt 1750 - 3750 Schulkinder kamen. (49)

Bukarest hatte nebenamtliche Schulärzte, durchschnittlich kamen 2000 Schüler auf einen Arzt. (8)

In Moskau arbeiten nebenamtliche Schulärzte, wobei auf einen Arzt etwa 3000 Schulkinder kamen. (8)

Eine englische Stadt, Newport, hatte einen hauptamtlichen Schularzt für 14 000 Kinder. (58)

Nach dem ersten Weltkrieg hatte England 2162 Schulärzte, davon 1150 im Nebenamt. Diese versorgten rund 5 Mill. Schulkinder, wobei jährlich etwa die Hälfte untersucht wurde. (31)

HATTINGBERG (42) forderte 1934 für einen hauptamtlichen Schularzt nicht mehr als 5000, für einen nebenamtlichen nicht mehr als 1500 Schulkinder.

HAGEN (39) schreibt, daß ein hauptamtlicher Schularzt etwa 8 - 10 000 Kinder versorgen könne. Besser wäre eine fürsorgeärztliche

Tätigkeit, welche sich auf die Schwangeren-, Säuglingsfürsorge, den schulärztlichen Dienst, die ärztliche Berufsberatung und die Beratung des Jugendamtes, sowie die ärztliche Beratung der Jugendpflegeorganisationen und der Sportvereine erstrecke. Von solch gemischter Tätigkeit sollte etwa die Hälfte der Zeit auf den schulärztlichen Dienst entfallen, so daß 5000 - 6000 Schulkinder versorgt werden könnten. Nebenamtlichen Schulärzten sollten nicht mehr als 2000 Kinder übertragen werden.

4. Praktische Beispiele.

In München findet sich ein gemischtes System mit fünf hauptamtlichen und 41 nebenamtlichen Schulärzten. Die Volksschulen, die unter städtischer Verwaltung stehen, werden fast ausschließlich von nebenamtlichen Schulärzten versorgt. Die fünf hauptamtlichen Schulärzte betreuen in der Mehrzahl die Berufsschulen, die höheren und Mittelschulen, sowie die Hilfsschulen. Die nebenamtlichen Schulärzte sind zum größten Teil Praktiker, ein kleiner Prozentsatz sind Kinderfachärzte. Das Physikat wird für die Münchner Schulärzte nicht verlangt.

Die Ausbildung der hauptamtlichen Schulärzte ist verschieden. Zweigingen aus der allgemeinen Praxis hervor, einer ist Kinderfacharzt, einer Facharzt für innere Medizin und einer ist Psychiater, ihm untersteht die psychiatrische Abteilung für Schulkinder im städtischen Gesundheitsamt und die ärztliche Begutachtung zur Einweisung von Schülern in die Hilfsschule, deren Schulkinder er laufend ärztlich überwacht.

Die Zahl der von den hauptamtlichen Schulärzten zu betreuenden Kinder liegt zwischen 14 000 und 17 000. Der Betreuungskreis der nebenamtlichen Schulärzte schwankt je nach Größe der Schulen und Bezirke beträchtlich. Er liegt zwischen 300 und 2000.

Im Gegensatz zu München wird in Augsburg die Jugendgesundheitsfürsorge nur von hauptamtlichen Ärzten des Gesundheitsamtes geregelt. Eine kinderfachärztliche Ausbildung der Schulärzte wird nicht verlangt, jedoch sollen alle Schulärzte eine kinderärztliche Vorbildung haben.

Die Amtsarztprüfung wird gewünscht. Der schulärztliche Dienst umfaßt auch die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge; so werden die Mütterberatungen von den hauptamtlichen Schulärzten durchgeführt.

Nürnberg arbeitet nach dem gemischten System. In Regensburg wird der schulärztliche Dienst von hauptamtlichen Ärzten des Gesundheitsamtes durchgeführt.

Berlin regelt seinen schulärztlichen Dienst durch hauptamtliche Kräfte. Man versucht etwa auf 5000 - 6000 Schulkinder einen Arzt und zwei Schulgesundheitsfürsorgerinnen zu beschäftigen. Soweit die vorhandene Schülerzahl zur Beschäftigung hauptamtlicher Schulärzte nicht ausreicht, oder eine besonders große räumliche Ausdehnung des Verwaltungsbezirkes bei verhältnismäßig geringer Besiedlung die Verwendung hauptamtlicher Schulärzte unzweckmäßig erscheinen läßt, können nebenamtliche Schulärzte angestellt werden. Bei Einführung dieses Systems waren 61 haupt- und 19 nebenamtliche Schulärzte tätig. (93)

Auch Hamburg hat seinen schulärztlichen Dienst hauptamtlich geregelt. Jeder der 25 Schulärzte hat die Schulen eines bestimmten Stadtbezirkes zu versorgen.

Die Durchführung der Schuljugendgesundheitspflege erfolgt in Köln wie überall unter der Dienstaufsicht des leitenden Amtsarztes durch Ärzte und Ärztinnen, die vom Gesundheitsamt hauptamtlich dafür angestellt, oder nebenamtlich dafür verpflichtet wurden. Die organisatorische Leitung wird von der Abteilung "Gesundheitsfürsorge" des Gesundheitsamtes ausgeführt. Für die Durchführung in den einzelnen Stadtbezirken ist der hauptamtliche Stadtarzt dafür verantwortlich.

In Bremen werden bei Stellenausschreibungen Kinderfachärzte berücksichtigt. Der Direktor der städtischen Kinderklinik ist zugleich städtischer Kinderarzt und führt die Oberaufsicht über die Schulgesundheitsbelange.

Nach diesen Beispielen über die Regelung in Deutschland einige Vergleiche mit Angaben aus dem Ausland.

In Oesterreich bestehen hinsichtlich der einzelnen Bundesländer erhebliche Unterschiede, ebenso unter den großen Städten. In Graz und

Linz besorgen hauptamtliche von der Gemeindeverwaltung angestellte Ärzte den schulärztlichen Dienst. In Kärnten versucht man, hauptamtlich angestellte Amtsärzte für den schulärztlichen Dienst, in Verbindung mit anderen sozialmedizinischen Funktionen von einer Zentrale in der Landeshauptstadt aus, einzusetzen. In den übrigen Bundesländern sind durchwegs die jeweiligen Gemeindeärzte nebenamtlich als Schulärzte tätig.

Auch in der Schweiz leistet die Mehrzahl der Schulärzte ihren Dienst nebenamtlich. Nur in wenigen Städten gibt es hauptamtliche Ärzte. In einigen Kantonen gibt es auch kantonale Schulärzte oder Schulärzte von Kantonschulen. Sie werden von den kantonalen Behörden eingesetzt. Eine besondere Vorbildung wird im allgemeinen nicht verlangt.

In Frankreich hatten im Jahre 1938 von 33 Departements 10 nach dem hauptamtlichen, 18 nach dem nebenamtlichen und 5 nach dem gemischten System gearbeitet. (84)

Heute sind die meisten Sektorenärzte hauptamtlich angestellt. In einigen großen Städten und dem Departement Seine mit der Hauptstadt Paris gibt es noch praktische Ärzte, die sich nebenamtlich am schulärztlichen Dienst beteiligen.

1950 waren in Frankreich 420 Schulärzte im Hauptamt tätig, etwa 1/3 der Untersuchungen wurde von praktischen Ärzten durchgeführt. (38)

1953 betrug die Zahl der hauptamtlichen Schulärzte 682. Jeder der vollbeschäftigten Sektorenärzte muß jährlich 8 - 10 000 Schulkinder überwachen. Die Departementsärzte haben kleinere Sektoren, weil sie neben den Schüleruntersuchungen noch Verwaltungsaufgaben und die Überwachung des Personals ihres Departements durchzuführen haben. Die Ärzte der Akademien machen selbst keine Untersuchungen. Sie überwachen und leiten die schulärztliche Arbeit der ganzen Akademie. (48)

In Schweden sind die Schulärzte im allgemeinen nicht vollamtlich angestellt, so daß sie auch für die allgemeinärztliche Tätigkeit Zeit haben sollen. Besonders in der Provinz ist es wegen der Kleinheit der Schulen und der Verstreutheit der Siedlungen nur möglich, daß die Schulärzte im Nebenamt beschäftigt werden, da oft überhaupt nur ein einziger Arzt in der Umgebung dafür vorhanden ist. So wird es in

Schweden begrüßt, wenn der Kreisarzt, der auch auf anderen Gebieten gesundheitsfürsorgerisch tätig ist, die schulärztliche Arbeit mit übernimmt. Jede Gemeinde hat aber das Recht, in den Volksschulen nach eigenem Belieben Schulärzte anzustellen.

Die höheren Schulen befinden sich meistens in größeren Städten, wo sowieso mehr Ärzte zur Verfügung stehen, so daß hier der Schularzt in freiem Wettbewerb von der Schule, soweit es sich um staatliche Schulen handelt, vom Reichsschulamt aus gewählt wird. In einigen großen Städten sind vollamtliche Schulärzte in den kommunalen Schulen tätig. Schulpsychiater, die in mehreren schwedischen Schulen arbeiten, sind immer hauptamtlich angestellt.

Im Reichsschulamt wird die schulärztliche Tätigkeit von einem Schuloberarzt und einem Schulpsychiater überwacht, die beide im Hauptamte arbeiten und Staatsbeamte sind. (44)

Ähnlich wie in Schweden ist der Schulgesundheitsdienst in Dänemark geregelt. Ein Schuloberarzt ist als Chef der Institution angestellt; seine wesentliche Arbeit ist die Leitung der Schularztstätigkeit, außerdem ist er in allen schulhygienischen Fragen Ratgeber der Schuldirektoren. Der schulärztliche Dienst selber wird von nebenamtlichen Schulärzten ausgeführt. (50)

In England waren vor dem zweiten Weltkrieg 1341 Schulärzte, darunter 700 hauptamtliche, tätig. (84)

Heute, nachdem England seinen Gesundheitsdienst verstaatlicht hat, besteht auch eine straffe Schulgesundheitspflege. Der Schularzt wird von der örtlichen Erziehungsbehörde angestellt und den Empfehlungen des Erziehungsministeriums entsprechend wurde fast überall der Amtsarzt mit der Schulgesundheitspflege beauftragt. Neben dem Amtsarzt arbeiten eine Reihe hauptamtlicher Schuloberärzte und Stellvertreter, nebenamtliche Kräfte werden zur Mitarbeit herangezogen. (105)

Als Beispiel mag die Besetzung des schulärztlichen Dienstes der Stadt Glasgow herangezogen werden. 1951 standen hier für 326 Schulen mit rund 170 000 Schulkindern dem Schulgesundheitsdienst zur Verfügung:

Ein Schulgesundheitsleiter (Principal Medical Officer)

Zwei Oberärzte (Assistant Principal Medical Off.)

(wovon der eine für die "Child Guidance Work" bestimmt war.)

19 hauptamtliche Schulärzte (Medical Officer)

(auf rund 8500 Schulkinder ein Arzt)

17 Schulzahnärzte

73 Schulschwestern

4 Sprachtherapeuten

11 Fachärzte für Konsultationen im Nebenamt. (23)

Die geschichtliche Entwicklung des schulärztlichen Dienstes in den Vereinigten Staaten im Laufe der letzten 75 Jahre zeigt, daß zwar die Aufgaben des Schularztes in vielem den Aufgaben unserer Schulärzte entsprechen, daß aber im organisatorischen Aufbau die föderalistische Form überwiegt. Nicht nur jeder Staat, sondern auch jede Gemeinde, ja manchmal sogar jede Schule hat die Möglichkeit, den Schularzt nach ihren Gesichtspunkten anzustellen und seinen Aufgabenkreis zu bestimmen. (80, 105)

Wenn auch theoretische Diskussionen manchmal eine einheitliche Regelung befürworten (14), so wird doch durch die Mehrzahl der Stimmen das bisherige System gut geheißen und der Schularzt, wie er heute in den amerikanischen Schulen existiert, empfohlen. (116)

Der Ausgangspunkt jeder Betrachtung ist, daß für das Kind, als Familienmitglied, in allererster Linie von den Eltern für eine ärztliche Überwachung gesorgt werden müsse; auch wenn das Kind nicht krank sei, solle es in regelmäßigen Abständen dem Hausarzt zur Kontrolle vorgestellt werden. Wenn alle Eltern dies tun würden, so wird argumentiert, wäre der Schularzt, der alle Kinder regelmäßig untersucht, überflüssig und der Hausarzt würde das Kind von dessen Geburt, über die Kleinkinderzeit und Schulperiode bis zum Erwachsenenalter nicht nur in Krankheitsfällen, sondern auch prophylaktisch, betreuen. Man sieht im Schulgesundheitsdienst die Aufgabe, bei den Kindern und Eltern ein Verantwortungsbewußtsein für Gesundheitspflege zu wecken und zu fördern, wichtiger an, als alle anderen Maßnahmen und Untersuchungen. (116)

Diesen Ansichten entspricht vielfach die Regelung der Schularztstellung, die nur in wenigen Städten unserem System entspricht und dem Schularzt mehr die Rolle eines Beraters der Schule gibt. (80)

Manche Schulen gehen in dieser Regelung soweit, daß ein Kind zu jedem Arzt gehen kann, wobei der Arzt nicht nur den Bericht, sondern, wenn es sich um finanziell schlecht gestellte Familien handelt, auch seine Forderungen an die Schule schicken kann. (105)

So wurden z.B. in Detroit 1934 2500 Schulkinder privatärztlich untersucht, 1948 waren es über 40 000, dabei 70 % der Schulanfänger.

Daher findet man in den Vereinigten Staaten kaum hauptamtliche Schulärzte. 1950 waren 8000 Schulärzte bei einer Zahl von etwa 30 Mill. Schulkindern tätig, davon war der größte Teil Praktiker, 4 % waren Kinderfachärzte und in 20 % der Fälle übernahm der Amtsarzt (Public Health Officer) den Schulgesundheitsdienst. Bei dieser Regelung überwogen die dünner besiedelten Gegenden. In den größeren Städten hat in den letzten 25 Jahren die Zahl der hauptamtlichen Schulärzte zugenommen. (55)

Die folgende Tabelle zeigt, wieviel Prozent der Schulen in den Städten ab 2500 Einwohnern, aufgegliedert nach Bevölkerungszahl, Schulärzte zur Verfügung hatten.

Tabelle 8

Schulärzte in den USA 1950 (nach KILANDER, 55)

Städte nach Einwohnerzahl	Schulärzte hatten davon zur Verfügung:
über 100 000	94,6 %
30 000 bis 99 999	81,8 %
10 000 bis 29 999	71,9 %
2 500 bis 9 999	56,4 %

Durchschnittlich hatten die Städte ab 2 500 Einwohnern zu 62,9 % Schulärzte.

Damit dürfte im wesentlichen der organisatorische Aufbau des schulärztlichen Dienstes, wie er in Deutschland, im übrigen Europa und in den USA zu finden ist, geschildert sein.

Aus der verschiedenen geschichtlichen Entwicklung und Mentalität der Bevölkerung können die Unterschiede verstanden werden, die letztlich bedeutungslos sind, wenn der Zweck, die Förderung der Schulkinder, erreicht wird.

Im folgenden Abschnitt sollen nun noch einmal kurz die Systeme verglichen werden, um Schlußfolgerungen für Verbesserungen, soweit sie nötig sind, zu ziehen.

5. Vergleiche und Folgerungen.

Im letzten Teil des V. Kapitels befindet sich eine Zusammenstellung der Aufgaben im schulärztlichen Dienst. Daran anknüpfend soll hier die zweckmäßigste Form der Anstellung, Ausbildung und Beschäftigung der Schulärzte in Verbindung mit den Aufgabengebieten gebracht werden. Dabei soll eine Gegenüberstellung der amerikanischen und deutschen Verhältnisse die Gründe der Unterschiede veranschaulichen.

Eine kurze Übersicht der Aufgabengliederung soll Anschluß an das letzte Kapitel geben:

- A) Aufgaben in direktem Zusammenhang mit der Schule:
Schulhaushygiene, Unterrichtshygiene, Schulreifeuntersuchungen, Kontrolluntersuchungen mit Feststellung von Schäden und Überweisung in privatärztliche Behandlung, Berufsberatung, Beantragung von Fürsorgemaßnahmen etc.
- B) Ärztliche Überwachung einer geschlossenen Altersgruppe und Gesundheitsführung über die durch die Schule bedingten Störungen hinaus; Überweisung der Kinder, die sonst keinen Arzt aufsuchen würden, in ärztliche Behandlung; Werbung für die prophylaktische Medizin in großem Rahmen.
- C) Statistische Auswertung der Ergebnisse der Untersuchungen zum Studium volksgesundheitlicher Probleme.

Faßt man die Aufgabenbereiche der Fürsorge, besonders die der Jugendfürsorge etwas weiter und legt die obige Aufgliederung zugrunde, kann über die Verhältnisse in den USA folgendes gesagt werden:

A) Die Aufgaben, die mit der Schule in direkter Beziehung stehen, können sehr leicht von einem nebenamtlichen Arzt durchgeführt werden:

1. Die Schulhäuser sind im allgemeinen in einem vorzüglichen hygienischen Zustand, die Einrichtungen sind vielfach an die modernen Forderungen angepaßt, die Schulen stehen ab vom Verkehr in Grünflächen und die verantwortlichen Behörden sind bemüht, jeden hygienischen Mißstand zu beseitigen und suchen deshalb von sich aus in Zweifelsfällen ärztlichen Rat.
2. Der Unterricht wird im Sinne körperlicher und seelischer Hygiene gestaltet und bei dem Unterrichtssystem kann von einer Überbelastung der Kinder in keiner Weise gesprochen werden, zumal durch Schulbusse auch die Gefahren und Anstrengung des Schulweges gemindert werden. Eine hauptamtliche Schulschwester, die für wenige Anstalten beschäftigt wird und die in jeder Schule ihres Bereiches ein Sprechzimmer hat, sorgt für eine Kontrolle der Hygiene von Schulhaus und Unterricht.
3. Diese Schwester sorgt auch für die gesundheitliche Überwachung der Schulkinder, so daß der nebenamtliche Schularzt nur gelegentlich kurzer Reihenuntersuchungen den Gesundheitszustand der Kinder kontrolliert und sich sonst nur von der Schwester ausgewählte Kinder vorstellen läßt. Er gibt soweit Ratschläge, als es sich um Kinder handelt, bei denen zuhause das Interesse an einer Gesundheitsführung fehlt.

B) Eine allgemeine Überwachung einer Altersgruppe durch einen amtlichen Arzt ist in den USA zum größten Teil überflüssig, da die meisten Familien großen Wert auf eine gute Gesundheitsführung unter ärztlicher Kontrolle legen:

1. Es ist eine Selbstverständlichkeit, daß sich die Frauen während der Schwangerschaft mehrmals ärztlich untersuchen und beraten lassen, je nach Wohlstand von einem Facharzt, vom Hausarzt oder einem Assistenten der Krankenhäuser.
2. Die Entbindungen erfolgen in Krankenanstalten und werden von Ärzten durchgeführt.

3. Das Neugeborene wird entweder einem Kinderarzt vorgestellt, oder der Hausarzt untersucht es, woran sich eine Beratung der Mutter über Fragen der Aufzucht, Ernährung, Vitamingaben, Impfungen etc. anschließt. Während des 1. Lebensjahres wird der Säugling mehrmals dem Arzt vorgestellt, um die Entwicklung begutachten zu lassen und um eventuell aufgetretene Störungen sofort behandeln zu können.

4. In der Kleinkindzeit und im Schulalter werden die Kinder, auch wenn keine Krankheitszeichen bestehen, öfters dem Arzt vorgestellt, um sich über Gesundheitsprobleme zu beraten.

C) Statistische Ergebnisse über Entwicklung und Wachstum und über den Gesundheitszustand der Kinder werden in den USA im allgemeinen nicht durch den schulärztlichen Dienst gewonnen. An den großen Universitäten bestehen besondere Institute, die laufend an einer großen Zahl von Kindern Quer- und Längsschnittuntersuchungen vornehmen.

Warum war diese Entwicklung in den USA möglich ?

- I. Breit angelegte Werbung für prophylaktische Medizin und ausgeprägtes Interesse der Bevölkerung für eine gute Gesundheitsführung.
- II. Das Verantwortungsgefühl der Eltern für ihre und ihrer Kinder Gesundheit, das ihnen keine staatliche Fürsorge oder Behörde abnimmt, führt zu häufiger Konsultierung der Ärzte, wobei die meisten Familien zu stolz sind, sich Nachlässigkeit auf diesem Gebiet nachsagen zu lassen. Außerdem entspricht es ihrem ökonomischen Denken, daß bei Fehlen einer Sozialversicherung die Prophylaxe auf die Dauer billiger ist als die Therapie.
- III. Eine gute Ausbildung der praktizierenden Ärzte in der prophylaktischen Medizin, auf den Gebieten der Schwangeren- und Kinderfürsorge und die entsprechende Honorierung der prophylaktischen Leistungen.

Die Gesundheitsfürsorge liegt also hauptsächlich in den Händen der frei praktizierenden Ärzte und als Erfolg kann man anführen:

Die geringe Mütter- und Säuglingssterblichkeit, die Immunisierung der Kinder, die fast alle, außer gegen Pocken, auch gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis geimpft sind, sowie das fast völlige Fehlen von Rachitis.

Wie steht es demgegenüber in Deutschland mit der prophylaktischen Medizin und der Gesundheitsführung ?

- A) In unseren Schulen besteht für eine ärztliche Überwachung ein viel weiterer Aufgabenbereich und eine größere Notwendigkeit, wie die entsprechenden Kapitel dieser Arbeit zeigen:
1. Nicht nur die Schulgebäude und deren Einrichtungen weisen vielfach hygienische Mängel auf, sondern es fehlt auch die persönliche Initiative der verantwortlichen Stellen von sich aus Ärzte bei der Besprechung von Gesundheitsproblemen in ausreichendem Maße zuzuziehen.
 2. Unterrichtshygiene und Gesundheitsführung in den Schulen liegen im argen, eine Schulschwester gibt es nicht. Die Schulfürsorgerin hat viel zu große Bereiche, um sich mit den einzelnen Klassen und Sorgenkindern befassen zu können.
 3. Wenig Eltern zeigen von sich aus Interesse, ihr Kind bei einem Arzt über Schulreife, Berufsfähigkeit etc. untersuchen zu lassen und reagieren gewöhnlich erst, wenn das Kind vom Schulbesuch zurückgestellt worden ist. Einweisung in Sonderschulen wird von den Eltern allgemein verständnislos kritisiert, der Hausarzt wird erst dann zugezogen, wenn sich offensichtliche Schwierigkeiten einstellen.
- B) Was die allgemeine Gesundheitsführung, angefangen von der Schwangerenüberwachung, Geburtenleitung und Kontrolle der Neugeborenen, der ärztlichen Beratungen im 1. Lebensjahr mit den Fragen der Impfungen bis zu den Problemen der Einschulung, der weiteren ärztlichen Kontrollen und Berufsberatung anbelangt, kann eine persönliche Initiative bei der Bevölkerung nur in wenigen Kreisen beobachtet werden. Vielfach fehlt jegliches Interesse oder man überläßt es den staatlichen Organen, die dafür geschaffen worden sind: Mütterberatung, Fürsorgeeinrichtungen, Schulgesundheitsdienst etc.

Die Überwachung durch frei praktizierende Ärzte wird nur selten in Anspruch genommen.

- C) Außer einigen Ansätzen bestehen bei uns keine Institute zur Erforschung von Fragen des Wachstums und der Entwicklung. Im Rahmen des schulärztlichen Dienstes bestünde eine günstige Gelegenheit, Ergebnisse auf diesem Gebiet zu erhalten, wenn die Untersuchungen gründlich und möglichst einheitlich durchgeführt werden, da die Untersuchungsergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen gewöhnlich in Karteikarten aufgezeichnet sind. Es fehlt nur eine Stelle, die für diese Auswertungen verantwortlich ist.

Welche Ursachen darf man für diese Entwicklung verantwortlich machen ?

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat sich bei uns nicht grundlos zu der heutigen Form entwickelt, wie das Kapitel über die Geschichte veranschaulicht. Die frei praktizierenden Ärzte wurden aus verschiedenen Gründen schon je wenig mit prophylaktischen Sorgen konsultiert.

- I. In unserer großangelegten Gesundheitsorganisation sind die für Werbung ausgegebenen Mittel relativ gering und es besteht die Frage, ob eine großangelegte Werbung mehr Erfolg hätte, als Maßnahmen einer Gesundheitsbehörde, die bei einer wenig interessierten Bevölkerung kein Verständnis finden. Auch bedient sich die Presse, an Stelle nüchterner Diskussion prophylaktischer Maßnahmen, zur Aufklärung vielfach Sensationsberichten, die nur wenig Positives zu diesem Problem beitragen.
- II. Der Arzt wird oft erst dann zugezogen, wenn Hausmittel und Laienratschläge versagen. Eine sozialmedizinische Gesundheitspolitik nimmt einerseits dem einzelnen im Krankheitsfall die Verantwortung ab, ohne andererseits die prophylaktischen Maßnahmen zu fördern und für die Finanzierung einer ärztlichen Gesundheitsführung zu sorgen.
- III. Eine gründliche Ausbildung der frei praktizierenden Ärzte über prophylaktische Gesundheitsführung, besonders im Kindesalter, fehlt zum großen Teil. Es besteht für den vielbeschäftigten

praktizierenden Arzt auch wenig Anreiz, sich mit diesen Fragen zu befassen, so lange diese Tätigkeit von den Versicherungen nicht honoriert wird.

Die Gesundheitsfürsorge wird also nur in wenigen Fällen vom frei praktizierenden Arzt geleistet und liegt hauptsächlich in der Hand von beamteten Ärzten. Die Ergebnisse sind aber nicht überzeugend:

Höhere Mütter- und Säuglingssterblichkeit, die Pockenschutzimpfung wird von der Bevölkerung als gesetzliche Pflicht hingenommen, Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis werden seltener durchgeführt. Die Beteiligung an der Polio-Impfung ist gering. Es besteht in vielen Gebieten noch eine weite Verbreitung der Rachitis, oft schon in den ersten Lebensmonaten. Es spricht auch gegen unseren schulärztlichen Dienst, daß bei den Debatten über Schichtunterricht, Riesenklassen etc. kaum etwas von Schulärzten zu hören ist, die m.E. hierbei an erster Stelle als Mahner stehen sollten.

Obwohl in Deutschland der schulärztliche Dienst gesetzlich geregelt ist, sprechen die Zustände in den Schulen dafür, daß diese Regelung entweder nicht ausreicht oder unzweckmäßig ist. Der schulärztliche Dienst ist seiner Aufgabe nicht gewachsen.

Es fehlt die Beteiligung der Schulärzte an der Weiterentwicklung schulhygienischer Erkenntnisse, es fehlt zum Teil aktive Einsatzbereitschaft zur Beseitigung der Mißstände und es fehlt an einer guten statistischen Übersicht über den gesundheitlichen Zustand der Schulkinder. Vor Einführung des Gesetzes gab es schulhygienische Kongresse, die Schulärzte traten mit ihren Forderungen vielmehr an die Öffentlichkeit; seitdem im Gesetz alles festgelegt ist, ist es um den schulärztlichen Dienst sehr ruhig geworden, viele Anregungen werden wieder von der außerhalb stehenden Ärzteschaft gegeben.

Nur wenige Städte haben durch Zusammenstellung ihre Ergebnisse und durch aktive Bearbeitung schulhygienischer Probleme einen positiv zu bewertenden schulärztlichen Dienst.

Ich schrieb an mehrere Gesundheitsämter mit der Bitte, mir das Wesentlichste über ihren schulärztlichen Dienst mitzuteilen. Nur von sehr wenigen Gesundheitsämtern bekam ich eine zufriedenstellende Antwort, ein Großteil beschränkte sich auf den Hinweis, sie würden im Rahmen des Gesetzes arbeiten, manche antworteten überhaupt nicht.

In den Vereinigten Staaten wurde ich von verschiedenen Schulärzten und Schulschwestern eingeladen, an schulärztlichen Veranstaltungen und Untersuchungen teilzunehmen. Sie diskutierten mit mir freimütig Vor- und Nachteile ihres Systems. In Deutschland gelang es mir, die Genehmigung an solchen Veranstaltungen teilzunehmen, auf dem Amtsweg zu erhalten.

Es wäre nun zu diskutieren, welche Möglichkeiten einer Verbesserung bestehen. Man könnte entweder, wie in den Vereinigten Staaten, einen Großteil der prophylaktischen Medizin den praktizierenden Ärzten überlassen und die entsprechenden Maßnahmen verlegen oder man baut das jetzt bestehende System aus, indem man möglichst alle Säuglinge, Kleinkinder und Schulkinder von entsprechend ausgebildeten amtlichen Ärzten untersuchen läßt.

- I. Um die praktizierende Ärzteschaft mit der vorbeugenden Medizin betrauen zu können, werden einige Schwierigkeiten zu überwinden sein:
 - a) Bei der Bevölkerung muß das Interesse für die prophylaktische Medizin geweckt werden, damit die Eltern auch wirklich den Arzt für diese Maßnahmen aufsuchen. Hierbei kann der öffentliche Gesundheitsdienst durch Werbung in Versammlungen, in der Schule, durch Presse und Rundfunk, der praktische Arzt in der Sprechstunde und am Krankenbett seine Tätigkeit entfalten, soweit eine große Praxis Zeit dazu läßt.
 - b) Die Finanzierung dieser Tätigkeit muß gesichert werden, entweder durch die Krankenkassen oder es muß bei den Leuten das Verantwortungsbewußtsein geweckt werden, für diese Maßnahmen selber die Kosten zu tragen.
 - c) Die praktizierenden Ärzte müssen eine Ausbildung haben, die sie einmal von der Wichtigkeit dieser Maßnahmen überzeugt und andererseits ihnen das Wissen übermittelt, zu der prophylaktischen

Medizin kritisch Stellung zu nehmen und sie richtig zu handhaben.

Dies würde eine ziemliche Veränderung der bestehenden Verhältnisse bedeuten und wird nicht von heute auf morgen erreicht werden können. Eine versuchsweise Einführung in einzelnen Gebieten könnte zeigen, ob sich diese Methode bei uns durchsetzen kann. Angefangen müßte mit der Ausbildung der Studenten und Ärzte auf diesem Gebiet werden. Wenn jeder Arzt das nötige Rüstzeug dazu hätte und sich die Mühe und Zeit nähme, diese Maßnahmen mit seinen Patienten durchzusprechen, wäre viel gewonnen.

- II. Bis es soweit sein wird, kann noch viel Zeit vergehen und es liegt daher näher, vorläufig das bisherige System zu verbessern. Die Untersuchung der Kinder durch beamtete Ärzte - die keine Behandlung durchführen - soll möglichst einheitlich durchgeführt werden, sich auf alle Altersgruppen erstrecken und nicht nur die Städte, sondern auch alle Landgemeinden erfassen.

Von den dafür bestimmten Ärzten müssen bestimmte Kenntnisse, Fähigkeiten und eine besondere Ausbildung verlangt werden. Grundlegend für den Schularzt ist, daß er Verständnis für die Probleme von Schulkind und Schule hat. Er muß den Wunsch und das Interesse haben, sich für die bestmögliche Förderung der Schulkinder einzusetzen, indem er als ärztlicher Ratgeber nicht nur Reihenuntersuchungen durchführt, sondern auch wirklich auf die Probleme der Schulkinder in der Gemeinschaft und auf die des einzelnen Kindes eingeht.

Er braucht dazu Kenntnisse über die normale körperliche, geistige und seelische Entwicklung im Kindes- und Jugendalter, deren Varianten und pathologische Erscheinungen. Daher sollte er Erfahrung auf dem Gebiet der Kinderheilkunde, der Kinderpsychologie und -psychiatrie besitzen, Kenntnisse über Erkrankungen der Zähne, des Bewegungs- und Stützapparates im Kindesalter haben und einiges über Tbc bei Kindern wissen. Außerdem sollte er genügend Kenntnisse und Erfahrung besitzen, um die ihm anvertrauten Schulen hygienisch überwachen und um bei Unterrichtsfragen die Lehrkräfte fachmännisch über Gesundheitsfragen beraten zu können, wozu er zu einer taktvollen Zusammenar-

beit fähig sein sollte. Um die Ergebnisse seiner Tätigkeit auswerten zu können, muß er sich in der Medizinalstatistik zurechtfinden.

An diese Forderungen schließt sich die Frage, ob man die genannten Aufgaben besonderen Schulärzten, Zahnärzten und Psychologen und die Ausarbeitung der Statistik dem Amtsarzt überlassen sollte, oder ob ein Arzt die Untersuchungen durchführen sollte, um auffällige Kinder zur weiteren Diagnostik und Behandlung an Privatärzte zu überweisen.

Ein Schularzt kann die Fähigkeiten und Kenntnisse haben, die Diagnostik durchzuführen, soweit sie im Rahmen des Schulgesundheitsdienstes notwendig ist, um behandlungsbedürftige Kinder an die Familienärzte oder Fachärzte zu überweisen, handle es sich dabei um akute oder chronische Erkrankungen, Zahnschäden oder seelische Störungen, oder um sich zu einer Fürsorgemaßnahme für ein Schulkind zu entscheiden; er sollte selber in seinen Schulen auf einwandfreie Hygiene achten und sich mit den Problemen des Unterrichts befassen und seine statistischen Ergebnisse auswerten.

Ich glaube, daß ein Arzt in dieser Tätigkeit nur dann genügend Umsicht und Erfahrung sammelt, wenn er sich gründlich mit der Aufgabe befaßt, wobei die Beschäftigung mit allen Problemen der Schulhygiene der Arbeit die Einseitigkeit nimmt und einen dafür interessierten Arzt als Aufgabengebiet ausfüllen kann, ohne zu einer Neben- oder Ergänzungsbeschäftigung herabzusinken.

Die Ausbildung dieses Schularztes soll vielseitig, aber keine geschlossene Facharztausbildung sein. Es braucht bei der schulärztlichen Tätigkeit nicht unbedingt dem Kinderfacharzt der Vorrang gegeben werden, sondern der Schularzt sollte längere Zeit auf einer internen, wie chirurgisch-orthopädischen und psychiatrischen Kinderstation gearbeitet haben und soll als Arzt bei einem Gesundheitsamt einen Überblick über dessen Arbeit gewonnen haben, er braucht jedoch keine Physikatsprüfung. Nicht unbedingt erforderlich, aber zu empfehlen ist eine Erfahrung in der Allgemeinpraxis, um mit den Sorgen der Familien vertraut zu sein.

So kann ich nun zu der eigentlichen Frage der Anstellungsart der Schulärzte kommen. Jeder Arzt, der die oben angeführten Fähigkeiten und Kenntnisse gepaart mit dem Interesse und der Liebe zu dieser Arbeit hat, sei er nun ein praktischer Arzt, Kinderfacharzt oder Medizinalbeamter, kann im Schulgesundheitsdienst Verwendung finden. Es ist nicht die organisatorische Form, sondern die Persönlichkeit des Arztes, mit der der Schulgesundheitsdienst steht und fällt. Für das Kind und die Schule kann es letztlich gleich sein, ob der Arzt haupt- oder nebenamtlich angestellt ist, Praktiker, Facharzt oder Beamter ist, wenn er seiner Aufgabe gewachsen ist und sie mit Sorgfalt ausübt.

So sehr es dabei wünschenswert erscheint, daß der praktische Arzt, der ein Kind von Geburt an verfolgen kann, mit dieser Aufgabe betraut wird, spricht doch vieles (siehe die vorhergehenden Absätze) für den hauptamtlichen Schularzt, so lange dabei eine staatlich gelenkte Medizin verhindert wird und die Tätigkeit des hauptamtlichen Schularztes rein diagnostischer und prophylaktischer Natur ist.

1. Bei dem zur Zeit bestehenden mäßigen Interesse der Bevölkerung ist eine möglichst einheitliche Gesundheitskontrolle der Kinder zu empfehlen. Dabei erleichtert ein hauptamtliches System eine einheitliche Durchführung der Untersuchungen.
2. Bei der Einstellung von hauptamtlichen Schulärzten kann besser auf deren Vorbildung geachtet werden, indem die Bewerber mit einer entsprechenden Ausbildung bevorzugt werden. Dabei ist die für den Schularzt gemäße Ausbildung nicht mit der des Praktikers identisch, der viel mehr Gewicht auf Behandlung zu legen hat und der seine Arbeit auch nicht auf eine beschränkte Altersgruppe konzentrieren kann. Ebenso ungeeignet wie ein vielbeschäftigter praktizierender Arzt ist auch der Amtsarzt, der den schulärztlichen Dienst nur nebenbei mit durchführt und dieser Arbeit am Rande seiner Tätigkeit nicht genügend Zeit und Sorgfalt widmen kann.
3. Der hauptamtlich tätige Schularzt wird nie zum Konkurrenten des frei praktizierenden Arztes werden, er wird sogar Kinder, die sonst keinen Arzt aufgesucht hätten, in ärztliche Behandlung bringen. Letztlich muß er es dem Hausarzt oder dem Facharzt überlassen, welche Diagnose diese stellen, welches Bemessen sie der Erkranken

kung geben und wie sie sie behandeln. Hierbei ist es sogar ungünstig, wenn ein praktizierender Arzt eines Bezirkes als Schularzt fungiert, da er dann nicht mehr alleiniger Diagnostiker ist, sondern auch einen Teil dieser Kinder behandeln wird und so die Gefahr einer Mißstimmung zwischen ihm und den Ärzten der Nachbarschaft auftritt, die völlig wegfällt, wenn der Schularzt keine Praxis ausübt. Auf keinen Fall sollten praktizierende Ärzte mit dem Schulgesundheitsdienst nebenamtlich beauftragt werden, die ihn nur als Ergänzung oder Anhängsel zur ihrer Allgemeinpraxis betrachten. Handelt es sich um schulärztliche Maßnahmen, die bei den Eltern durchzusetzen sind, wird der Hausarzt eher zu Konzessionen bereit sein, um seine Patienten nicht zu verärgern, während der davon unabhängige hauptamtliche Schularzt freier entscheiden kann.

4. Die statistischen Auswertungen können durch einen hauptamtlichen Schularzt viel einheitlicher durchgeführt werden.

Deshalb bin ich überzeugt, daß es günstiger ist, einen Schularzt hauptamtlich anzustellen, ihn für eine bestimmte Anzahl von Schulen mit höchstens 5000 Schulkindern zu beschäftigen und neben den Reihenuntersuchungen auch mit der körperlich- und seelisch-hygienischen Betreuung seiner Schüler zu betrauen, wobei er angehalten werden sollte, engen Kontakt mit den Lehrern aufzunehmen, um stets auf dem laufenden zu bleiben und um Ursachen von Mißverhältnissen rasch beseitigen zu können. Außerdem soll bei den Untersuchungen die Anwesenheit der Eltern und deren Aussprache mit dem Schularzt gefördert werden, sowie eine Zusammenarbeit zwischen den frei praktizierenden Ärzten und dem Schularzt gewährleistet sein.

Zum Schluß sollen noch einige Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie durch organisatorische Maßnahmen eine Verbesserung erreicht werden könnte.

Wie in Schweden oder Dänemark können in den entsprechenden Ministerien Schuloberärzte beschäftigt werden. Deren Aufgabe sollte es sein:

1. dafür zu sorgen, daß an allen Schulen Schularztstellen eingerichtet werden;
2. daß diese Stellen mit geeigneten Ärzten besetzt werden;
3. daß die Ergebnisse zusammengestellt und entsprechend ausgewertet werden;
4. Sammlung von objektiven Erkenntnissen über Schäden, die durch die Schule entstehen und wie sie vermieden werden können;
5. Vertretung der schulhygienischen Forderungen bei den Regierungen.

Diesen Schuloberärzten können, wie etwa in Frankreich in Form der hauptamtlichen Departementsärzte, Kreisschulärzte unterstellt sein, die die schulärztliche Tätigkeit in ihrem Stadt- oder Landkreis leiten und neben eigener schulärztlicher Tätigkeit die Arbeit der übrigen Schulärzte überwachen.

Dabei sollte dem einzelnen Schularzt im Rahmen des möglichen eine individuelle Arbeitsgestaltung gestattet sein, solange dabei eine einheitliche Auswertung der Ergebnisse möglich bleibt.

Die Schulärzte sollen gemeinsam die Ergebnisse ihrer Arbeit auswerten und als Gemeinschaft ihre Forderungen vertreten. Sie könnten sich so, ohne durch einen Amtsweg gehemmt zu sein, aller ihnen zur Verfügung stehenden Mittel bedienen.

Die Schuloberärzte könnten eng mit den Fachabteilungen der medizinischen Fakultäten zusammenarbeiten, die Schulärzte in den Kreisstädten mit Fachabteilungen an den Krankenhäusern, soweit es sich um allgemein pädiatrische Fragen handelt, mit den Gesundheitsämtern in hygienischen Belangen und mit den Schulbehörden in pädagogischen Problemen.

Aus der Subordination im Bereich des Gesundheitsamtes kann eine gleichgestellte Institution geschaffen werden, die letztlich die Verantwortung für die gesamte Jugendgesundheitsfürsorge, einschließlich der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge übernehmen könnte.

Diese Durchführung ist m.E. der zur Zeit beste Weg, eine ausreichenden

de Gesundheitsführung im Kindesalter zu erreichen und wird so lange der Weg der Wahl bleiben, bis es den praktizierenden Ärzten gelungen sein wird, durch ihre Tätigkeit das zu erreichen, was ihre amerikanischen Kollegen durchgesetzt haben.

Z U S A M M E N F A S S U N G

Es wurde die Entwicklung und der Aufbau des schulärztlichen Dienstes in verschiedenen Ländern geschildert.

Daran schlossen sich Vergleiche über die verschiedenen Systeme, und es wurde versucht, die Ergebnisse des schulärztlichen Dienstes festzustellen und Vorschläge für Verbesserungen zu bringen.

In einem geschichtlichen Überblick wurde Gemeinsames und Unterschiedliches in der Entwicklung beschrieben und diskutiert.

Während sich in Europa eine Organisation mit Einordnung in die Gesundheits- oder Schulbehörde entwickelte, blieb der amerikanische Schularzt unabhängiger und arbeitet "cooperativ" mit den Behörden zusammen.

Gesetze wurden fast überall eingeführt. Es bestehen jedoch große Unterschiede in den Charakteren der Verordnungen. Für Deutschland wird eine gesetzliche Regelung als notwendig erachtet.

Die Verwaltung und Finanzierung wird zum größten Teil durch die Gesundheits- oder Schulbehörden durchgeführt.

Für Deutschland wird gefordert, daß bei den entsprechenden Verwaltungen dem schulärztlichen Dienst in allen Stadt- und Landkreisen die gleiche Bedeutung zugemessen und daß eine ausreichende Finanzierung sichergestellt wird.

In der Verbreitung schulärztlichen Wirkens bestehen besonders in Landgemeinden große Lücken.

Der schulärztliche Dienst muß außer in den Städten auch in den Landgemeinden und in allen Schulgattungen eingeführt werden.

Die Aufgabenbereiche im schulärztlichen Dienst werden in drei Gebiete gegleidert:

1. Aufgaben, die direkt mit der Schule in Beziehung stehen.
2. Gesundheitliche Überwachung einer bestimmten Altersgruppe.
3. Statistische Auswertung und Verarbeitung der Ergebnisse.

Die Aufgabe des Schularztes beschränkt sich auf Untersuchungen, Einleitung von Fürsorgemaßnahmen, hygienische Überwachung und Überweisungen zu praktizierenden Ärzten. Es ist nicht die Aufgabe des Schularztes, Behandlungen durchzuführen.

Die Stellung des Schularztes ist in den einzelnen Staaten sehr unterschiedlich. In den USA gibt es hauptsächlich nebenamtliche Schulärzte, die mit den einzelnen Schulen Verträge haben. In Europa überwiegt der Beamte oder von einer Behörde fest angestellte Schularzt.

Die Unterschiede der Systeme werden begründet und für Deutschland die Folgerung gezogen, daß der hauptamtliche Schularzt geeigneter sei, wenn und so lange die prophylaktische Medizin von den praktizierenden Ärzten aus verschiedenen Gründen nicht einwandfrei durchgeführt werden kann.

Die Vorbildung der Schulärzte ist ebenfalls sehr verschieden und es sind keine bestimmten Fachrichtungen bevorzugt.

Es wird verlangt, daß der Schularzt eine seinen Aufgaben entsprechende Ausbildung haben soll.

In der Organisationsform sollte eine größere Einheitlichkeit erzielt werden. Es werden, wie in Schweden oder Dänemark, Schuloberärzte in den entsprechenden Ministerien empfohlen, die dafür sorgen sollten, daß:

der schulärztliche Dienst überall eingeführt wird,
geeignete Schulärzte angestellt werden,
die Auswertung der Ergebnisse einwandfrei erfolgt,
aus den Ergebnissen die entsprechenden Erkenntnisse
gewonnen werden.

Durch eine Zusammenarbeit von Jugendgesundheitsfürsorge, Gesundheitsämtern, klinisch-pädiatrischen Abteilungen, Pädagogen und Eltern könnte viel mehr zur Gesunderhaltung der Kinder getan werden, als bis jetzt geschehen ist.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- 1 Best, H.R. Public Health Nursing, School Health
 Number Apr. 52
- 2 Bühler, Ch. Stufen der Persönlichkeitsentwicklung
 Ztschr.f.Gesundh.u.Erzieh. 45/1932/17
- 3 Burgerstein, L. Schulhygiene Leipzig 1909
- 4 Burgerstein, L. Handbuch der Schulhygiene
 Netolitzky, A. 2. Aufl. Leipzig 1912
- 5 Busemann Die Umwelt als persönlichkeitsbildender
 Faktor
 Ztschf.f.Gesundh.u.Erzieh. 45/1932/25
- 6 Buurmann, O. Eindrücke meiner Studienreise nach Amerika
 D.öffentl.Gesundhd. 16/54/55/265
- 7 Cacace, E. Der schulhygienische Überwachungsdienst
 in Italien
 Ztschr.f.Schulgesundheitspflege 27/1914/593
- 8 Caelac Hygienische Rundschau
 Ztschf.f.Schulgesundheitspflege 25/1912/656
- 9 Clausnitzer, Grimm, Sachse, Schubert
 Handwörterbuch des Volksschulwesens
 Leipzig 1920
- 10 Coerper Ärztliche Berufsberatung
 Ztschf.f.Schulgesundheitspf.u.soz.Hyg.
 44/1931/507
- 11 Coerper, Hagen, Thomae
 Deutsche Nachkriegskinder, Stuttg.1954
- 12 Cohn, H. Die Schularztdebatte, Breslau 1888

- 13 Cohn, H., Siegert, W., Coen, R.
Zur Schulgesundheitspflege
Bielefeld u. Leipzig 1889
- 14 Committee on Professional Education
Proposed Report on Educational
Qualification of School Physicians.
A.J.Publ.Health 43/1953/83
- 15 Cree, M.A.
Present-day Views on School Nursing
A.J.Publ.Health 42/1952/818
- 16 Crowley, R.H.
Die gegenwärtige Lage der schulhygieni-
schen Bewegung in England.
Ztschf.f.Schulgesundheitspflege 27/1914/385
- 17 Currie, J.R.
Hygiene, Edinburgh 1947
- 18 Dilworth, L.P.
Expert Committee on School Health
Services Public Health Nursing,
School Number Apr. 52
- 19 Doell, M.
Die Schularztfrage an den bayerischen
Mittelschulen.
Ztschf.f.Schulgesundheitspflege 25/1912/2,100
- 20 Duhr
Geschichte der Schulzahnpflege
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 32/1919/324
- 21 Ellinger
Der ärztliche Landesschulinspektor, ein
Sachverwalter unserer mißhandelten Schul-
jugend. Stuttgart 1877
- 22 Engelsmann
Schulgesundheitspflege
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. u. soz. Zyg.
44/1931/507
- 23 Ewan, J.
Medical Inspection and Treatment of
School Children. Glasgow 1952
- 24 Falk
Die sanitätspolizeiliche Überwachung höhe-
rer und niederer Schulen und ihre Aufgabe
Leipzig 1868

- 25 Federschmidt Die hygienischen Verhältnisse der Volksschulen d. Bezirksamtes Ansbach
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 25/1912/81
- 26 Fetscher Kind und Schularzt
Ztschf.f.Gesundh.u.Erzieh. 25/1932/241
- 27 Frank, J.P. System einer vollständigen medizinischen Polizey Mannheim 1780
- 28 Fürst, W. Die allgemeine Beurteilung der Konstitution im Dienste der Berufsberatung.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf.u.soz.Hyg. 40/1927/209
- 29 Galagan, D.J. Progress in School Dental Program
A.J.Publ. Health 42/1952/835
- 30 Gastpar Die Notwendigkeit der schulärztlichen Überwachung für die gesamte Jugend
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 30/1917/320
- 31 Gohde Tätigkeit der Schulärzte in England
Ztschf.f.Schulgesundheitspf.u.soz.Hyg. 37/1924/355
- 32 Gottstein, W. Entwicklung und Ziele der Schulgesundheitspflege.
Gesundh.-Fürs.f.d.Kindesalter 7/1932/115
- 33 Griesbach, H. Der Stand der Schulhygiene in Deutschland
Leipzig 1904
- 34 Grünberg, F. Der Schulärztliche Dienst
Sozialmedizinische Praxis, Wien 1953
- 35 Grünberg, F. Konstitutionsfragen im Rahmen des schulärztlichen Dienstes.
Mitteil.d.Österreich.Sanitätsverw. 53/1952/2

- 36 Grünberg, F. Die Rolle des Schularztes in der prophylak-
tischen Medizin
(Vortrag, Triest 1951)
- 37 Haberda, M. Schulhygiene. Wien 1951
- 38 Hagen, W. Vorbeugende Gesundheitsfürsorge.
Bonn 1953
- 39 Hagen, W. Gesundheitsfürsorge (siehe Wollenweber:
Der Arzt des öffentl. Gesundheitsdienstes)
- 40 Hagen, W. Das Kind als körperseelische Einheit.
Ztschf.f.Gesundh.u.Erzieh. 45/1932/2
- 41 Harper, P.A. Better Training in the Care of the Well
Child
A.J.Publ.Health 40/1950/388
- 42 Hattingberg, E.V. Schulgesundheitsdienst
Ztschf.f.Gesundheitsführung 1/1934/362
- 43 Herford Schulschwester und Schulpflegerin
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 31/1918/33
- 44 Herlitz, C.W. Die schulhygienische Tätigkeit in Schweden
Stockholm 1953
- 45 Hertel, A. Om Sundhedsforholdene i de højere
Drenge-ay Pigeschooler i Kjobenhavn.
Kopenhagen 1881
nach Selter: Handbuch d.deutsch.Schulhyg.
- 46 Hellbrügge, Th. Ztschr. Kinderhk. 78, 707 (1956)
Rutenfranz, J. Münchn.med.Wschr. 98, 13, 17 (1956)
- 46 Hellbrügge, Th. Arbeit, Pausen, Freizeit und Schlaf im
Schulalter. Gesundes Schulleben,
- 47 Jameson, W. The Health of the School Child
London 1947

48. Jansen, Th. Die französische Schul- und Universitäts-
gesundheitspflege.
Der öffentl.Gesundheitsd. 17/55/56/18
49. Jellersitz, A. Der schulärztliche Dienst in den Gemeinde-
schulen Triests.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 25/1912/155
50. Jörgensen Schulhygiene in Kopenhagen
Ztschf.f.Schulgesundheitsp. u.soz. Hyg.
44/1931/41
51. Kantorowicz Die zahnärztliche Sanierung der Schuljugend.
Beilage d.Jahresvers.d.d.Vereins für Schul-
gesundheitspflege Ztschf.f.Schulgesundheitspf.
u.soz.Hyg. 38/1925
52. Kantorowicz Herman Cohn, der Vorkämpfer der Schul-
hygiene.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf.u.soz.Hyg.
44/1931/507
53. Kemsies-Waidmannslust Schulstrafen und Schuleinrichtungen
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 26/1913/304
54. Key, A. Läröverks komitens betänkande III,
Bilaga E tile 'läroverks homitens
ütlatande och förslag. Stockholm 1885
nach Selter: Handbuch d.d.Schulhygiene
55. Kilander, H.F. Health Services in City Schools
Washington D.C. 1952
56. Knabe, K. Geschichte d.deutschen Schulwesens
Leipzig 1905
57. Leubuscher, G. Geschichte der Schulhygiene
(siehe Selter: Handbuch d.d.Schulhyg.)
58. Leubuscher, L. Die schulärztlichen Einrichtungen einer eng-
lischen Stadt.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 25/1912/857

- 59 Lohrer Schularzt und Schulamts.
Ztschf.f.Schulgesundheitspfl.u.soz.Hyg.
42/1929/584
- 60 Lahrfeld Über einheitliche Regelung der Schulschwesterfrage.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 35/1922/255
- 61 Lorinser, I. Zum Schutze der Gesundheit in d. Schulen
Mediz. Zeitung des Vereins für Heilkunde
in Preussen 1836/1
- 62 Loydold, L. Die ärztliche Beaufsichtigung der Schulkinder
in Australien.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 25/1912/65
- 63 Maagh Schulzahnpflege.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf.u.soz.Hyg.
39/1926/221
- 64 Mayer, J. Schulgesundheitspflege an den Volksschulen.
Amtsbl.d.Bay.Staatsm.f.Unterricht u.Kultus
1954/7
- 65 Mishima, M. Japanische Schulhygiene. Dresden 1911
- 66 Oelbeck Schulpsychologie und Beteiligung des Schul-
arztes bei der Berufsberatung u. Auswahl
der Begabten.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 31/1918/296
- 67 Paetsch Ist der Schulbetrieb in unseren höheren
Schulen vom Punkte des Arztes aus reform-
bedürftig.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf.u.soz. Hyg.
40/1927/545
- 68 Peter, A. .. und wer baut diese Schule
Lebendige Erziehung,
Schulhausbau Sonderheft 1950/3/67

- 69 Peterson, P.Q. Cooperation of Departments of Education and Health in the Administration of School Health Programs. Public Health Nursing, School Health Number Apr. 52
- 70 Pfaundler-Schlossmann Handbuch der Kinderheilkunde, Band 1, 4. Auflage, Berlin 1931
- 71 Pöhlen Die Statistik der Schulgesundheitspflege im Deutschen Reich.
Ztschr.f.Gesundh.u.Erzieh. 51/1938/43
- 72 Reindl, F. Handbuch der Schulhygiene.
Nürnberg 1914
- 73 Reploh, H. Forderungen des Hygienikers an den Schulbau. Hygienische Forderungen an den Schulbau Bielefeld 1956
- 74 Rogers, J.F. State Wide Trends in School Hygiene and Physical Education.
Washington. D.C. 1941
- 75 Rogers, J.F. School Health Activities in 1930,
Washington 1931
- 76 Rogers, J.F. Health Services in City Schools.
Washington 1942
- 77 Roller Der Schularzt der höheren Schulen.
XXII. Jahresversammlung d.d.Vereins f. Schulgesundheitspflege.
Beilage zu Ztschf.f.Schulgesundheitspf.u. soz. Hyg. 40/1927
- 78 Rothfeld Schulärzte der deutschen Großstädte.
Ztschr.f.Schulgesundheitspf. 27/1914/469
- 79 Sandler, H.C. The Need for Continuons Dental Treatment in Elementary School Children.
A.J.Publ.Health 42/1952/972

- 80 Sellery, C.M. Role of the School Physician in Today's Schools.
A.J.Publ.Health 42/1952/813
- 81 Seelmann, K. Neue Schulmöbel, Lebendige Erziehung, Schulhausbau Sonderheft 1950/3
- 82 Selter, H. Handbuch der deutschen Schulhygiene. Dresden-Leipzig 1914
- 83 Shaffer, T.E. Joint Planning by the American Academy of Pediatrics and the American Public Health Association for the Development of School Health Services.
A.J.Publ.Health 40/1950/63
- 84 Sieveking Über den heutigen Stand der Schulhygiene im Ausland.
Ztschr.f.Gesundh.u.Erzieh. 51/1938/33
- 85 Simon, A. Das Schulzimmer gestern, heute, morgen. Lebendige Erziehung.
Schulhausbau Sonderheft 1950/3
- 86 Scheurlen, v. Die neue Schularztordnung in Württemberg. Jahresversammlung d.d.Vereins f.Schulgesundheitspf.
Beilage zu Ztschr.f.Schulgesundheitspf. 27/1914
- 87 Schiller, H. Die schulhygienischen Bestrebungen der Neuzeit.
Frankfurt a.M. 1894
- 88 Schumacher, H.C. Nature of Mental Health Program in Health and Educational Agencies under the National Mental Health Act.
The Role of a Consultant.
A.J.Publ.Health 4/1950/131
- 89 Schwartz, H. Pädagogisches Lexikon.
Band 4. Bielefeld 1931

- 90 Stephan, W. Die Entwicklung der Mannheimer Stadtschul-
arztstellen von 1919 bis 1929
Ztschf. f. Schulgesundheitspf. u. soz. Hyg.
42/1019/559
- 91 Stephan, W. Schulkinderfürsorge.
Ztschf. f. Schulgesundheitspf. u. soz. Hyg.
42/1029/569
- 92 Stephan, W. Schulfähigkeit und Schulreife.
Ztschf. f. Schulgesundheitspf. u. soz. Hyg.
39/1926/393
- 93 Stephani Besprechung des Verwaltungsberichtes der
Stadt Berlin vom 1.4.24 bis 31.3.28
Ztschf. f. Schulgesundheitspf. u. soz. Hyg.
44/1931/105
- 94 Stephani Zwanglose Betrachtung der schwebenden
schulärztlichen Fragen.
Ztschf. f. Schulgesundheitspf. 26/1913/145
- 95 Stephani, Wimmenauer Schulzahnklinik und freie Arztwahl
Ztschf. f. Schulgesundheitspf. 26/1913/225
- 96 Sternfeld, H. Wünschenswert oder notwendig.
Ein Beitrag zur Schularztfrage in München
München 1903
- 97 Teuscher Kinder über den Schularzt
Ztschf. f. Gesundh. u. Erzieh. 45/1932/245
- 98 Todelowski, E. Schulhygiene. Berlin 1883
- 99 Triebold, K. Pädagogische Forderungen an den Schulbau.
Situationsbericht.
Hygienische Forderungen an den Schulbau.
Bielefeld 1956
- 100 Virchow Gewisse die Gesundheit benachteiligende Ein-
flüsse der Schule.
Virchows Archiv 46/1866

- 101 Vorwinkel, N. Der Schularztdienst im Landkreis Mettmann.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 25/1912/514
- 102 Voigt, H. Anfangen muß die Schule selber.
Lebendige Erziehung,
Schulhausbau Sonderheft 1950/3/73
- 103 Welde, E. Gesundheitsfürsorge für das Schulalter im
Sinne Heubners.
Gesundh.-Fürs.f.d. Kindesalter 2/1927/246
- 104 Welde, E. Die Probleme der Schulkinderfürsorge.
Gesundh.-Fürs.f.d. Kindesalter 3/1928/361
- 105 Wilson, C.C. School Health Services in England and
United States.
A.J. Publ. Health 42/1952/649
- 106 Wimmenauer Die Schularztfrage in Österreich.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf. 26/1913/634
- 107 Wimmenauer Die Entwicklung der städtischen Schularzt-
stellen in Mannheim bis 1914.
Ztschf.f.Schulgesundheitspf.u.soz.Hyg.
42/1929/555
- 108 Wollenweber (Federhan)
Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdien-
stes, 1952
- 109 Yankauer, A. Designs for Evaluation needed in School
Health Services Field
A.J. Publ. Health 42/1952/655
- 110 Zeller, W. Zur Praxis der Schulgesundheitspflege
Leipzig 1931
- 111 Zeller, W. Der erste Gestaltwandel des Kindes
Leipzig 1936
- 112 Zeller, W. Konstitution und Entwicklung
Göttingen 1952

- 113 Zeller, W. Schulgesundheitspflege und Erholungsfürsorge.
Gesundh.-Fürs.f.d. Kindesalter. 7/1932/53
- 114 Zeller, W. Die Körperform des Jugendlichen
Gesundh.-Fürs.f.d. Kindesalter. 8/1933/78

Außer dieser Literatur standen mir zur Verfügung:

- 115 "Meeting Report" vom Treffen der Schulschwestern 1952.
- 116 "Report of the Executive Board Meeting" Chicago Okt. 1950

Weitere Unterlagen überließen mir freundlicherweise die Gesundheitsämter: Augsburg, Berlin, Bremen, Hamburg, Köln, Mainz, München, Nürnberg und Würzburg; die Gesellschaft Schweizer Schulärzte, die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft und Herr Dr. GRÜNEBERG aus Wien.

Während eines 15-monatigen Aufenthaltes in den USA war es mir möglich, mich mit den Einrichtungen des Schulgesundheitsdienstes und des Schulwesens in einzelnen Staaten vertraut zu machen.

L E B E N S L A U F

Ich, Walther Herzig, wurde am 28. Oktober 1929 in Karlsbad, CSR, als Sohn des Dr. jur. August Herzig, Rechtsanwalt in Marienbad und der Dr. med. Marie Herzig, geb. Thomas, prakt. Ärztin in Marienbad, geboren.

In Marienbad besuchte ich 4 Klassen der Volks- und 5 Klassen der Oberschule, die 6. Klasse in Falkenau a.E.

Nach der Aussiedlung 1945 kamen wir in die Umgebung von Regensburg. In Neumarkt/Opf. besuchte ich die 7. und 8. Klasse der Oberschule und bestand 1947 das Abitur.

Einem halben Jahr Aufbaudienst an der phil.-theol.Hochschule in Regensburg folgte 1948 meine Immatrikulation an der medizinischen Fakultät. 1949 bestand ich das Vorphysikum, 1950 das Physikum. Während der letzten 3 Semester arbeitete ich als Präparator an der Anatomie der Regensburger Außenstelle der medizinischen Fakultät München.

Vom Wintersemester 1950/51 bis Sommersemester 1953 studierte ich an der Münchner Universität. Im Februar 1954 beendete ich mein Staatsexamen.

Dann war ich 3 Monate an der Universitätskinderpoliklinik bei Prof. Dr. WEBER und 6 Monate an der Universitätshautklinik bei Prof. Dr. MARCHIONINI als Pflichtassistent tätig.

Vom Juni 1955 bis August 1956 machte ich ein Rotating Internship am Monmouth-Memorial-Hospital in Long Branch, NJ, USA.

Nach meiner Rückkehr war ich als Gastarzt und Pflichtassistent wiederum an der Kinderpoliklinik in München, bis ich im August 1957 eine Planstelle als Assistent an der Städt.Kinderklinik in Regensburg erhielt.

